

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

10^e Législature

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1993-1994

(86^e SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

1^{re} séance du lundi 29 novembre 1993



SOMMAIRE

PRÉSIDENTENCE DE M. PHILIPPE SÉGUIN

1. **Santé publique et protection sociale.** - Discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat (p. 6527).

M. Jean Bardet, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé.

EXCEPTION D'IRRECEVABILITÉ (p. 6534)

Exception d'irrecevabilité de M. Bocquet : Mme Muguette Jacquaint, M. Denis Jacquat. - Rejet.

QUESTION PRÉALABLE (p. 6538)

Question préalable de M. Malvy : MM. Claude Bartolone, Marcel Roques, Jean-Yves Chamard. - Rejet.

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 6543)

MM. Bernard Charles,
Jean-Pierre Foucher.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

2. **Ordre du jour** (p. 6548).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE SÉGUIN

La séance est ouverte à dix heures.

M. le président. La séance est ouverte.

1

SANTÉ PUBLIQUE ET PROTECTION SOCIALE

Discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, relatif à la santé publique et la protection sociale (n° 655, 755).

La parole est à M. Jean Bardet, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Jean Bardet, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, monsieur le ministre délégué à la santé, mes chers collègues, le projet dont nous avons à discuter aujourd'hui a été déposé en première lecture sur le bureau du Sénat et a trait à la santé publique et à la protection sociale.

Ce projet a donné lieu au Sénat à des discussions passionnées et passionnantes et a été modifié dans certains cas de façon importante, montrant le sérieux et l'intérêt avec lesquels la Haute assemblée a examiné ce texte.

Vous constaterez que, dans certains cas, la commission, par l'intermédiaire de son rapporteur, vous proposera de ne pas revenir sur les décisions du Sénat, mais que, dans d'autres cas, en particulier en ce qui concerne le dépistage systématique du virus HIV chez les tuberculeux, il nous a semblé préférable de revenir au texte initial.

Le texte du projet de loi amendé par le Sénat est extrêmement riche et beaucoup plus important que les classiques « DMOS » que notre assemblée a l'habitude de voter en fin d'année. Ce texte est encore renforcé par plusieurs amendements émanant du Gouvernement, ayant trait à l'application d'un certain nombre de dispositions relatives à la convention médicale, au contrôle de la qualité des analyses biologiques et à la modification des règles régissant la transplantation d'organes.

Le projet de loi se divise en trois titres.

Le titre I^{er} a trait à des dispositions relatives à la santé publique ; il est extrêmement important puisqu'il vise, dans son chapitre I^{er}, à renforcer les dispositions de lutte contre la tuberculose. Le chapitre II a trait à la protection sociale des détenus. Le chapitre III porte sur la transposition de directives européennes sur la publicité des médicaments, les dispositifs médicaux, l'exercice de la pharmacie et la prévention du tabagisme. Enfin, le chapitre IV porte sur l'Agence du médicament.

Le titre II de ce projet de loi comporte un seul chapitre, mais non des moindres, puisqu'il s'intitule « Établissements de santé ».

Enfin, le titre III, « Dispositions relatives à la protection sociale », n'est pas divisé en chapitres, mais comprend dix articles, dont deux ont été introduits par le

Sénat : l'article 36 *bis*, précisant les droits à la sécurité sociale des chefs d'exploitation ou d'entreprise dont l'exploitation ou l'entreprise fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplissent plus les conditions pour bénéficier d'un régime d'assurance maladie obligatoire, et l'article 38, tendant à uniformiser le montant de la remise de gestion accordée par étudiant aux mutuelles. Tout en souhaitant que cet article soit maintenu, la commission a désiré que l'uniformisation soit étalée dans le temps, afin de ne pas mettre en difficulté la mutuelle touchant le plus actuellement, l'égalisation devant bien évidemment se faire autour d'un taux moyen.

Au total, le Sénat a ajouté 15 articles aux 38 articles que comportait le projet initial et n'en a supprimé qu'un seul.

Vous avez tous pris connaissance de mon rapport écrit. Aussi ne reprendrai-je pas un par un les différents articles.

J'insisterai simplement sur les discussions les plus importantes que nous avons eues en commission ainsi que sur les modifications qui ont été adoptées.

Le chapitre I^{er} porte sur la lutte contre la tuberculose. Cette maladie, qui avait pratiquement disparu dans les années 50, du fait de la découverte d'antibiotiques spécifiques, est actuellement en voie de recrudescence, encore que les statistiques soient souvent difficiles à interpréter, l'obligation de déclaration étant un peu tombée en désuétude. Surtout, l'apparition de souches de BK résistants et leur association à d'autres pathologies a transformé le profil de cette maladie.

La finalité de cet article est de réactiver le rôle des dispensaires antituberculeux dans leurs attributions classiques, mais aussi de leur donner la possibilité de délivrer aux patients, sur prescription médicale, à titre gratuit, des médicaments antituberculeux.

La commission a adopté un amendement qui, me semble-t-il, va un peu à l'encontre de l'esprit de la loi en spécifiant que ces médicaments ne pourraient être distribués qu'en l'absence de convention conclue avec les syndicats de pharmaciens d'officine.

Le Sénat a ajouté à l'article 1^{er} de ce chapitre I^{er} un paragraphe V nouveau sur lequel je dois m'étendre quelque peu car il a déjà fait couler beaucoup d'encre. Ce paragraphe prévoit un dépistage obligatoire du virus du sida pour les patients atteints de tuberculose évolutive. L'amendement a été voté par le Sénat après une discussion très intéressante, mais où la passion l'a parfois emporté sur la raison.

Personnellement, je souhaite dépassionner ce débat et banaliser la détection du sida, en en laissant la pleine responsabilité aux médecins, qui doivent pouvoir faire ce test lorsqu'ils le jugent nécessaire en conscience et donner au malade, comme pour toutes les autres maladies, une information éclairée, en fonction de ses interrogations, de sa réceptivité et de son degré d'angoisse.

C'est ce que Bernard Debré a appelé en commission le bon déroulement du colloque singulier du médecin et du malade. Je ne pourrais qu'adhérer à cette position si le débat n'avait été dénaturé par toutes les déclarations des médias, des hommes politiques et des médecins eux-

mêmes. Malheureusement, le sida, parce qu'il touche au sexe, au sang, à la mort, n'est pas une maladie comme les autres.

La presse a parlé de « ces médecins hypocrites qui font des tests du sida », mais elle n'a jamais parlé de « ces médecins hypocrites qui font des tests de l'hépatite B ou C », alors que le mode de transmission de la maladie peut être identique à celui du sida et celle-ci être également mortelle en moins de dix ans.

Le sida ne peut pas être traité comme une autre maladie, même mortelle. Alors, que faire ? Il n'est pas question, et cela a été l'avis largement majoritaire de la commission, qu'un texte législatif oblige un médecin à pratiquer un examen diagnostique qui est une évidence et qui est recommandé dans tous les bons traités de médecine.

Si cela devait être, il faudrait que M. le ministre délégué à la santé transforme en projet de loi toute l'Encyclopédie médico-chirurgicale. Je ne pense pas que ce soit là son intention. La commission a donc supprimé l'article 5.

Mais fallait-il, au-delà de cette suppression, aller plus loin et le remplacer ? Une large discussion s'est ouverte au sein de la commission, certains commissaires désirant en rester là, d'autres désirant, dans le cadre du dépistage, ce qui est tout à fait différent de la démarche diagnostique, le rendre obligatoire dans certains cas. En ce qui me concerne, j'avais déposé un amendement visant à ce que la proposition obligatoire de dépistage, qui existe déjà pour les examens prénuptiaux et prénataux, soit étendue à d'autres cas, en particulier en préopératoire.

Étant donné qu'un problème aussi important ne semblait pouvoir être réglé dans le cadre d'un amendement au projet de loi, à la demande de notre président, M. Péricard, tous les amendements ont été retirés, à charge pour lui de demander au Gouvernement d'organiser au printemps un débat sur l'épidémie de sida. J'espère, monsieur le ministre, que votre réponse a été favorable.

Le chapitre II porte sur les soins en milieu pénitentiaire. L'urgence d'une réforme a été soulignée à maintes reprises, tant la situation sanitaire dans les prisons apparaît préoccupante : 15 p. 100 de détenus toxicomanes, 30 p. 100 d'alcooliques, 80 p. 100 de tabagiques, 80 p. 100 nécessitant des soins dentaires, haute prévalence des hépatites B et C et du sida. Je dois souligner à ce sujet que l'absence de tests systématiques ou obligatoires, ou même d'obligation de proposition, empêche d'avoir des chiffres fiables sur ces atteintes virales, ce qui est tout de même une anomalie regrettable.

Actuellement, les soins aux détenus sont assurés pour l'essentiel par l'administration pénitentiaire, dans ses locaux. A ce propos, je voudrais rendre hommage à notre ancien collègue, le professeur Solange Troisier, pour le travail remarquable qu'elle a accompli...

M. Michel Péricard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et **M. Jean-Yves Chamard**. Très bien !

M. Jean Bardet, rapporteur. ... et qui en fait une spécialiste reconnue par le monde scientifique international.

Le projet de loi prévoit et organise la substitution de l'intervention des hôpitaux à celle de l'administration pénitentiaire et l'affiliation de tous les détenus et de leurs ayants droit au régime général.

Suivant en cela le Sénat, la commission a maintenu que la prise en charge des détenus devait se faire normalement à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, les transferts en milieu hospitalier ne devant intervenir, pour des raisons de coût et de sécurité, que si nécessaire.

De même, la commission est restée attachée à ce que les détenus et leurs ayants droit ne perçoivent que des avantages en nature, et jamais en espèces, et que les ayants droit ne touchent pas ces avantages quand il s'agit d'étrangers en situation irrégulière.

Enfin, la commission a adopté l'amendement du Gouvernement visant à reclasser les infirmières pénitentiaires – qu'elles soient personnel d'État ou détachées de la Croix-Rouge –, qui ont effectué avec dévouement un travail ingrat dans des conditions souvent difficiles. Cet amendement est en fait une nouvelle rédaction de l'article 5 *bis* introduit par le Sénat.

Le chapitre III a trait à la transposition de directives européennes. Par rapport au projet transmis par le Sénat, la commission a introduit un article 7 *bis* visant à traduire en termes législatifs la circulaire ministérielle du 9 juillet 1993 sur l'hospitalité fournie par les laboratoires pharmaceutiques à des médecins dans le cadre de manifestations scientifiques. Elle a précisé, à l'article 9, les dispositions transitoires réglementant l'exercice de la profession de visiteur médical. Enfin, elle a confirmé les articles introduits par le Sénat sur les pharmaciens d'officine, que celui-ci avait déjà votés en 1991 et 1992, mais qui n'avaient jamais été définitivement entérinés par l'Assemblée nationale.

Le chapitre IV porte sur l'Agence du médicament. Celle-ci a été créée à la suite d'un amendement sénatorial au projet de loi qui allait devenir la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993.

Le gouvernement actuel a montré tout l'intérêt qu'il porte aux moyens de l'Agence en lui accordant un crédit nouveau de 8 millions de francs dans la loi de finances rectificative pour 1993. Mais, il ne faut pas le cacher, il existe actuellement une divergence fondamentale entre le Sénat et le Gouvernement sur le problème du recours hiérarchique.

Le Gouvernement a proposé que les décisions du directeur de l'Agence du médicament soient susceptibles d'un recours hiérarchique, arguant qu'en cas de problème le ministre chargé de la santé serait sûrement tenu pour responsable d'une situation que la loi ne lui permet pas de contrer pleinement.

A l'inverse, le Sénat est opposé à ce recours, arguant que l'objectif de veille sanitaire risquerait, à la suite de pressions, de dériver en veille financière. De toute façon, le ministre, qui a la faculté de nommer et de révoquer le directeur de l'Agence du médicament, aura toujours le dernier mot.

Connaissant les arguments des uns et des autres, j'ai déposé un amendement de compromis qui donne au ministre, en cas de menace grave pour la santé publique, un pouvoir de substitution. Cet amendement a été adopté par la commission.

Le titre II porte sur des dispositions relatives à l'organisation des structures de soins et des professions de santé. Ce titre est capital puisqu'il vise à modifier le régime des autorisations d'ouverture de lits et d'équipements et le régime de retrait des autorisations.

Il y a en France des lits et des équipements sous-utilisés et/ou mal utilisés.

La nécessité d'une réorganisation et d'une restructuration n'est pas nouvelle, mais tout doit se faire selon des règles précises. Comme je l'ai déjà fait observer lors de la

discussion budgétaire, les restructurations doivent toujours avoir comme premier objectif la santé publique et non les économies. Mais je ne pourrais que me réjouir si, de surcroît, elles entraînent des économies.

Je partage, en outre, la préoccupation de nombre de nos collègues au sujet des risques de pertes d'emploi que les fermetures d'établissements sont susceptibles de provoquer. Il ne faudrait pas que d'éventuelles économies de la sécurité sociale soient contrebalancées par l'augmentation du chômage. Aussi, dans bien des cas, la solution de la reconversion me semble-t-elle préférable à celle de la fermeture.

En son article 19, le projet de loi vise à revenir sur le principe de l'autorisation tacite. Certes, il semblerait que cette autorisation ait donné lieu à certains abus, comme l'a reconnu M. le ministre délégué lui-même au Sénat, le 26 octobre 1993. Mais il est à craindre que l'absence de réponse de l'administration, ayant signification de refus, n'entraîne elle aussi des abus. C'est pourquoi le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement se référant aux dispositions de la loi n° 79-587 sur la motivation des actes administratifs ; cet amendement oblige l'administration à notifier au demandeur les motifs justifiant le rejet. On peut cependant se demander si une administration qui, pour des raisons diverses, n'a pas su ou n'a pas pu donner une réponse dans les six mois, sera plus à même de le faire au bout d'un mois supplémentaire ? C'est pourquoi j'avais présenté un amendement de compromis visant à rétablir l'autorisation tacite lorsqu'après ce nouveau délai d'un mois, la décision de refus n'est pas motivée. La commission a préféré, plus radicalement, supprimer l'article 19, revenant par là même à la loi de 1970.

L'article 21 du projet de loi est fondamental dans la mesure où il traite des restructurations hospitalières privées, mais aussi publiques, ce qui est nouveau. Il étend les retraits d'autorisation à la sous-activité constatée, lesquels ne doivent donc plus se référer seulement aux raisons sanitaires. La commission a voulu, comme le Sénat, préciser les conditions de signification de ces retraits.

Un amendement de Bernard Debré tendant à créer un fonds d'aide et de restructuration hospitalière a été rejeté pour des raisons de forme. Il devra être réexaminé dans le cadre de l'article 88 du règlement, la commission étant d'accord sur le principe, un amendement comparable de votre rapporteur étant devenu sans objet.

Enfin, à l'initiative du Gouvernement, la commission a adopté deux amendements, l'un créant un établissement public dénommé France-Transplantations, l'autre concernant les importations et les exportations d'organes, de gamètes, de tissus et de cellules.

Le titre III comporte des dispositions relatives à la protection sociale, parmi lesquelles : la traduction en un texte législatif du complément d'allocation aux adultes handicapés, versé aux titulaires de cette prestation qui bénéficient d'un logement indépendant ; la validation de dispositions relatives au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle ; la possibilité d'appliquer aux non-salariés agricoles le maintien des droits aux prestations de l'assurance maladie pendant un an en cas de liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actifs ; une mesure nouvelle permettant de diminuer les charges sociales des armateurs qui ne souhaitent pas se placer sous pavillon de complaisance.

La commission a adopté tous les articles sans y apporter de modifications fondamentales.

J'insisterai, pour terminer, sur l'amendement du Gouvernement visant à introduire dans le code de la santé publique et dans le code de la sécurité sociale les dispositions législatives nécessaires à l'application de la nouvelle convention médicale. Dans l'esprit de cette convention, une modification a été apportée au texte du Gouvernement précisant que le dossier médical est tenu par le médecin généraliste sauf dans des cas précis prévus par décret en Conseil d'Etat.

Telles sont, mes chers collègues, les principales dispositions du projet de loi que la commission vous demande d'adopter, sous réserve de ses amendements.

J'espère que ce texte atteindra son but : améliorer la santé des Français tout en régulant les dépenses. (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.*)

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le président, mesdames, messieurs, le projet de loi que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui a fait l'objet, de la part du rapporteur et de la commission des affaires sociales, d'un examen particulièrement approfondi qui a parfaitement mis en lumière les principales questions qui se posent.

Je tiens à remercier le rapporteur de son exposé très clair sur un projet pourtant complexe et touffu, que nous avons été contraints de vous soumettre – et je vous prie de m'en excuser – pour des raisons d'urgence, alors qu'il touche à des matières très nombreuses et délicates. L'excellente coopération qui s'est instaurée nous permettra, j'en suis persuadée, de trouver ensemble les solutions les mieux adaptées à des problèmes parfois très difficiles.

Un important travail législatif a déjà été accompli au Sénat. Il a permis, sur de nombreux points, d'améliorer le texte du Gouvernement. La rédaction qui vous est soumise ce matin a tenu grand compte des propositions formulées par la Haute assemblée.

Le projet, auquel le Gouvernement a ajouté plusieurs amendements importants, touche à des domaines très divers : la santé des détenus, la lutte contre la tuberculose, la création du dossier médical, la publicité sur les médicaments, les restructurations hospitalières, l'institution d'un établissement public national des transplantations, les relations entre l'Etat et l'Agence du médicament, la protection sociale.

Ce texte réaffirme la responsabilité de la puissance publique dans un domaine où elle ne peut être abdiquée : je veux, bien sûr, parler de la protection de la santé publique. Mais il vise aussi à consolider et à améliorer notre système de santé et de protection sociale sans toutefois compromettre l'objectif de maîtrise des dépenses indispensable à la pérennité de notre système.

C'est dire l'importance des dispositions législatives dont nous allons débattre aujourd'hui et dont je voudrais, avec M. le ministre délégué à la santé, vous préciser la portée et l'ambition.

La protection sociale et sanitaire des détenus et le renforcement de la lutte contre la tuberculose constituent, dans l'ordre chronologique, les deux premiers volets. M. Philippe Douste-Blazy vous exposera tout à l'heure dans le détail les mesures prévues dans le projet de loi. Sur ces points cruciaux, le Gouvernement a estimé qu'il était confronté à une véritable situation d'urgence, ce qui explique leur place dans le texte.

Cette situation peut être résumée par un double constat : d'une part, la tuberculose a cessé de régresser, elle connaît même une recrudescence alors que nous la croyions à jamais éradiquée ; d'autre part, l'état sanitaire de la population carcérale est devenu préoccupant, et la protection sociale des détenus et de leurs ayants droit demeure insuffisante. Cela n'est pas acceptable.

Aussi le projet de loi prévoit-il, d'abord, de réactiver le réseau des dispensaires antituberculeux, dont le rôle est irremplaçable, en leur donnant la possibilité de délivrer, à titre gratuit, des médicaments antituberculeux.

Il permettra, ensuite, d'améliorer d'une manière très significative la prise en charge sanitaire et sociale des détenus grâce à deux types de mesures : en premier lieu, les hôpitaux auront désormais compétence pour apporter des soins aux détenus lorsque cela sera nécessaire alors que, jusqu'à présent, les soins donnés le plupart du temps en milieu carcéral, relevaient de la seule administration pénitentiaire ; en second lieu, l'ensemble des détenus sera désormais affilié au régime général de la sécurité sociale.

Ces mesures permettront d'affronter efficacement deux problèmes graves de santé publique devant lesquels les pouvoirs publics sont trop longtemps restés insuffisamment actifs. Ces mesures concernent non seulement les détenus et leur famille, mais également la prévention en général. Il s'agit là d'un problème de santé publique qui nous concerne tous !

Le deuxième axe du projet de loi est constitué par un train de mesures structurelles qui visent à compléter le plan d'économies de l'assurance maladie en renforçant les instruments de la politique hospitalière. Je voudrais particulièrement insister sur ce point.

Les restructurations hospitalières forment l'un des principaux axes de la politique de santé du Gouvernement. La modernisation de la gestion hospitalière est aussi l'un des objectifs du plan de rééquilibrage de l'assurance maladie. C'est un secteur dont les dépenses s'élèvent à plus de 270 milliards de francs par an.

En ce domaine, seule une stratégie globale et volontariste permettra une décélération de la croissance des dépenses. Une telle stratégie garantira aussi une meilleure prise en charge sanitaire de la population et le maintien de soins de qualité dans des conditions de sécurité optimale pour les malades. Elle permettra de mieux couvrir les besoins sur l'ensemble du territoire grâce à une meilleure répartition de l'offre.

Chacun le sait bien, il n'y a pas d'alternative à la mise en œuvre d'une politique hospitalière responsable en dehors d'une « aggravation » de l'effort demandé aux assurés sociaux et aux entreprises, effort dont on conviendra qu'il atteint aujourd'hui des limites difficilement dépassables. Je voudrais d'ailleurs rappeler que, lorsque nous parlons, d'une façon générale, d'économies en matière de santé, ce n'est pas pour « restreindre » les Français, mais c'est parce que c'est la seule façon de sauvegarder un système de protection sociale auquel, comme tous les sondages le montrent, ils sont attachés. Nous avons tous la responsabilité de continuer à mettre à la disposition de tous ceux qui habitent notre pays, Français ou non, un régime de santé permettant à tous d'accéder à des soins de qualité et c'est la raison pour laquelle nous nous engageons dans la voie de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Des schémas d'organisation sanitaire sont en cours d'élaboration. La procédure suivie pour leur mise au point s'accompagne des consultations les plus larges, M. Douste-Blazy et moi-même y veillons particulièrement. Ces schémas permettront, à partir du mois de juil-

let 1994, de planifier sur cinq ans les restructurations à réaliser, lesquelles pourront affecter aussi bien les services de grands établissements que des structures de faible capacité.

Les schémas régionaux rendront également possible la création de réseaux de soins, pour assurer une meilleure articulation de l'offre entre hôpitaux, cliniques et professionnels de santé. En outre, s'agissant des cliniques, l'accord tripartite du 26 janvier 1993, passé entre l'État, les caisses nationales d'assurance maladie et les fédérations représentatives de cette activité a prévu la création d'un fonds de restructuration. Le Gouvernement souhaite la mise en place rapide de ce fonds, qui sera financé par l'assurance maladie, grâce à l'effort d'une profession qui a respecté ses engagements conventionnels de maîtrise des dépenses.

Les dispositions de gestion hospitalière du texte s'inscrivent dans cette politique d'ensemble, dont je n'ai fait que rappeler les principaux éléments.

Le projet du Gouvernement comporte trois innovations importantes pour la mise en œuvre de cette politique hospitalière.

La première s'attaque – courageusement, je le crois – au problème des lits sous-utilisés. Chacun sait bien qu'il existe aujourd'hui des services durablement sous-utilisés, qui coûtent cher à l'assurance maladie sans satisfaire les besoins de la population.

En revanche, ailleurs ou au même endroit, d'autres besoins tardent à être pris en compte.

Ces capacités excédentaires, objectivement constatées pourront désormais être suspendues, puis supprimées par décision des pouvoirs publics, ce qui n'était jusqu'à présent possible qu'en cas de risque pour la sécurité des patients. Les crédits rendus disponibles grâce à ces restructurations permettront de renforcer l'offre de soins là où des besoins réels existent.

Le Gouvernement a accepté devant le Sénat de renforcer les garanties prévues par l'article 20. Il reste ouvert à de nouvelles améliorations pourvu qu'elles ne remettent pas en cause l'efficacité du dispositif.

La deuxième disposition de politique hospitalière est fondée sur une autre réalité : dans certaines régions, la carte sanitaire est saturée et il n'est plus possible d'y installer des équipements nouveaux. On évite ainsi des dépenses supplémentaires qu'aucun besoin ne justifierait. Pourtant, dans tel ou tel cas, de nouveaux équipements permettraient d'y réaliser des économies par rapport aux anciennes installations ou d'améliorer à coût constant la qualité des soins.

A titre expérimental, le projet permet la création d'équipements apportant ces avantages, à condition que d'autres soient arrêtés ou que des lits soient fermés, afin que l'opération soit financièrement neutre, voire avantageuse pour la sécurité sociale.

La troisième disposition de politique hospitalière tend à régler le problème des autorisations tacites. Je sais combien vous êtes réservés à l'égard de cette proposition.

Alors qu'en principe de nouveaux lits ne peuvent être créés que sur autorisation, afin d'éviter la prolifération d'installations coûteuses et inutiles, il peut arriver aujourd'hui que des créations contraires aux intérêts de la santé publique s'opèrent le plus légalement du monde, sans aucune autorisation, même quand les besoins prévus par la carte sanitaire sont entièrement pourvus. Il suffit que l'administration reste silencieuse pendant six mois pour que l'autorisation soit réputée acquise. Cette procédure est dérogatoire, et rien ne la justifie.

Le Gouvernement souhaite donc mettre un terme à ce régime pour revenir au droit commun. Le projet approuvé par le Sénat prévoit dans tous les cas une autorisation formelle pour éviter des abus à la fois préjudiciables à une bonne allocation des ressources et contraires à l'intérêt de la santé publique, voire comportant des risques pour la sécurité sanitaire.

Cette disposition, je tiens à le souligner, n'est en aucun cas destinée à permettre à l'administration d'être négligente et à couvrir ses négligences : c'est une mesure de moralisation.

Nul n'ignore, dans les milieux professionnels concernés, que cette pratique a donné lieu, dans le passé, à des dérives d'autant plus détestables que, aucune autorité n'ayant pris la décision, les enquêtes ont rarement permis d'identifier les auteurs de retards volontaires aboutissant à des autorisations totalement injustifiées.

Il n'est pas acceptable, en matière sanitaire, que des décisions engageant l'avenir, sur le plan financier comme sur celui de la sécurité, puissent être prises en catimini, sans aucune transparence et souvent même sans que l'autorité responsable ait à se prononcer.

Bien évidemment, nous veillerons à ce que l'administration prenne une décision dûment motivée dans le délai de six mois qui lui demeurera assigné et à l'issue duquel son silence vaudra désormais rejet de la demande.

On peut, certes, le regretter pour le demandeur, mais, quand la santé publique est en jeu, il faut savoir faire prévaloir les impératifs d'intérêt général. Permettez-moi, toutefois de souligner que les droits du demandeur seront protégés. La réforme ne libère l'administration d'aucune contrainte de délai, au terme des six mois qui lui sont assignés, elle encourt l'annulation contentieuse si elle laisse se former des décisions de refus injustifiées.

Je m'efforcerai de mettre en place tous les dispositifs nécessaires pour que, au cours du délai de six mois, il soit rappelé à l'administration qu'elle doit se prononcer dans les six mois qui lui sont impartis.

Avec ces nouveaux instruments, l'Etat pourra donner l'impulsion, en concertation étroite avec les élus, à une politique hospitalière qui améliorera la situation des besoins sanitaires et fera progresser la maîtrise des dépenses de santé. Les restructurations hospitalières contribueront ainsi à freiner l'accroissement des charges qui pèsent sur l'assurance maladie et, à travers elle, sur les entreprises et les assurés sociaux.

Le projet tend également à renforcer l'autorité de l'Etat sur l'Agence du médicament. La loi instituant cette agence a exclu toute possibilité de recours hiérarchique devant le ministre contre les autorisations et les refus d'autorisation de mise sur le marché. Le Gouvernement a examiné les raisons qui avaient conduit à prendre cette disposition. Le Parlement avait considéré que les décisions de l'AMM doivent reposer sur la seule appréciation scientifique de la valeur des médicaments. Elles ne doivent donc pas pouvoir être remises en cause pour des raisons financières ou économiques. Cette analyse est aussi celle du Gouvernement, et nous n'entendons nullement y renoncer.

Mais d'autres arguments méritent d'alimenter la discussion. Les décisions prises par l'Agence du médicament peuvent être lourdes de conséquences pour la santé publique. Le Gouvernement, parce qu'il est responsable de la sécurité des Français, en particulier sur le plan sanitaire, estime avoir devant le pays l'obligation de mettre en œuvre tous les moyens permettant d'assurer cette sécurité. C'est d'ailleurs bien ce qui est fait chaque fois que la question se pose. Que ne lui reprocherait-on pas, d'ail-

leurs, s'il laissait un jour distribuer un médicament nocif dont les dangers présumés lui auraient été signalés en temps utile ?

Je le dis avec force : des compétences qui mettent en jeu la sauvegarde de la santé publique ne peuvent être exercées qu'au nom de l'Etat, et sous sa responsabilité. Qu'on le veuille ou non, c'est bien la responsabilité des pouvoirs publics qui serait invoquée dans les cas graves, et non celle de l'Agence ! Or, un principe fondamental de notre droit public veut que l'existence d'une responsabilité soit assortie de la reconnaissance d'un pouvoir de décision, fût-ce en dernier ressort.

Une voie d'appel doit donc être permise. Elle ne remettra pas en cause l'indépendance scientifique de l'établissement auquel le ministre réclamera les éléments de fond nécessaires à sa décision en lui demandant, si nécessaire, de compléter ses investigations scientifiques.

C'est dans le même esprit – la réaffirmation de la responsabilité de la puissance publique en matière de santé publique – que le présent projet de loi prévoit les dispositions législatives nécessaires à la création d'un établissement public national des greffes. Cet établissement sera placé sous la tutelle du ministre de la santé.

Les transplantations d'organes, de tissus, ou de cornées sont en effet réalisées aujourd'hui grâce au concours d'associations qui ont accompli un travail remarquable, auquel je tiens à rendre publiquement hommage.

Toutefois, deux impératifs conduisent à envisager la dévolution de telles compétences à un organisme public : d'abord, les exigences de sécurité sanitaire auxquelles nos concitoyens sont, à juste titre, extrêmement sensibles ; ensuite, la nécessité de gérer les demandes de greffons selon des règles de droit incontestables et connues de tous, en fonction de critères exclusivement médicaux.

Une disposition est nécessaire pour donner au nouvel organisme la possibilité d'appliquer, sur la base d'une liste nationale, un ordre de priorité et d'urgence pour l'attribution des greffons dans un contexte qui demeure marqué par le manque d'organes, manque d'ailleurs lourd de conséquences pour la santé publique. Il s'agit en effet d'une prérogative qui touche de très près aux droits des personnes. Le problème des dons d'organes sera également examiné dans un proche avenir par le Parlement, à l'occasion de la reprise des débats sur l'éthique biomédicale.

Le présent projet prévoit également les dispositions législatives nécessaires à la mise en place du dossier médical. La création d'un tel dossier est, comme vous le savez, mesdames, messieurs les députés, l'une des innovations de la convention médicale que nous venons d'approuver, ce qui explique d'ailleurs que nous ayons été obligés de procéder *in extremis*, si je puis dire, par voie d'amendement.

Le dossier médical permettra de regrouper toutes les informations nécessaires à la connaissance de l'état d'un patient. Alors qu'elles sont aujourd'hui trop souvent dispersées chez plusieurs praticiens, elles seront centralisées chez un médecin librement choisi.

Un carnet de liaison en possession du patient comportera les principales informations résumées. Il devra être présenté à chaque médecin consulté auquel il incombera d'y faire figurer les résultats de sa consultation, avec le souci de faciliter la tâche éventuelle de ses confrères, dans l'intérêt du malade. En outre, le médecin dépositaire du dossier recevra directement, de tout autre médecin consulté, la totalité des éléments nécessaires à la mise à jour de ce dossier.

Il s'agit d'un progrès important, d'abord en termes de santé publique : le dossier médical apportera une amélioration réelle des soins par un meilleur suivi du malade. Il permettra de ne pas laisser perdre des constations et des informations précieuses pour guider le diagnostic et le traitement, évitant erreurs, tâtonnements, examens inutiles et prescriptions mal coordonnées.

L'apport du dossier se mesure aussi en termes de maîtrise des dépenses puisque les consultations, les examens ou les prescriptions évités seront autant de ressources économisées qui pourront être mieux utilisées ailleurs. Cela répond d'ailleurs à la préoccupation de nombreuses personnes qui s'étonnent, dans le courrier que je reçois quotidiennement au ministère, qu'il soit parfois inoposé de procéder successivement aux mêmes examens, notamment lorsque le malade passe de l'hôpital à son médecin généraliste, ou vice versa.

J'insiste sur quatre points.

Premièrement, le secret médical est strictement protégé par le texte du Gouvernement qui réprime très fermement toute tentative illicite d'obtention des informations figurant au dossier. C'était là une précaution indispensable.

Deuxièmement, une disposition lie le remboursement des soins à la présentation du carnet de liaison du médecin consulté. Cette disposition est prévue par la convention des médecins. Elle garantit l'efficacité du dispositif.

Troisièmement - c'est une mesure particulièrement importante -, le libre choix du médecin est totalement préservé : c'est au patient qu'il appartiendra de confier au médecin de son choix la tenue du dossier médical.

Enfin, quatrièmement, la réforme sera progressive. Elle se fera par élargissements successifs de la population concernée en fonction des pathologies et de l'âge. Conformément à la volonté des signataires de la convention nationale des médecins, elle commencera par les personnes atteintes de plusieurs pathologies, ce qui est très souvent le cas des personnes âgées.

Il s'agit donc, au total, d'un instrument important de rationalisation de notre système de soins et respectueux des grands principes qui le fondent. N'en doutons pas, c'est une avancée qui fera date.

La transposition de directives européennes intéressant la santé permettra, pour ce qui concerne le ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, d'accélérer la mise en œuvre des décisions prises au cours du Conseil des ministres du 1^{er} septembre dernier pour l'application du droit communautaire.

Le projet prévoit l'inscription dans notre droit de plusieurs directives relatives respectivement à la publicité sur les médicaments, aux médicaments homéopathiques, à la lutte contre le tabagisme, aux matériels médicaux et à la profession de pharmacien.

Certaines de ces dispositions favoriseront le développement de notre industrie qui se verra offrir de nouveaux débouchés sur le territoire des autres pays européens par l'application, en France, des règles communautaires d'homologation. En bénéficieront notamment les fabricants de *pi maker*, de prothèses de la hanche, de médicaments homéopathiques, tous domaines où nos possibilités d'exportation sont grandes.

Enfin, le projet du Gouvernement, par diverses dispositions, consolide la création d'un complément à l'allocation aux adultes handicapés destinée à faciliter le maintien à domicile des personnes à motricité réduite ; proroge, pour des motifs juridiques, les effets de la précédente convention nationale des médecins ; étend à la fonction publique hospitalière certaines dispositions déjà

applicables à la fonction publique d'Etat ; prolonge d'un an le mandat des administrateurs des caisses de sécurité sociale ; permet de donner pendant un an aux travailleurs indépendants dont l'entreprise est en liquidation judiciaire ainsi qu'aux exploitants agricoles, les mêmes droits qu'aux salariés licenciés en ce qui concerne les prestations d'assurance maladie et maternité - mesure de justice dont nous nous félicitons dans cette période difficile - et, enfin, consolide le régime local d'assurance-maladie de l'Alsace et de la Moselle auquel je sais certains d'entre vous particulièrement attachés.

M. Denis Jacquat. Merci !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Sur ce dernier point, le texte permettra de remédier aux effets d'une récente décision du Conseil d'Etat tout en respectant l'analyse juridique de la haute juridiction qui veut que les spécificités du régime local trouvent un fondement dans la loi. J'espère que ceux qui doutaient encore et qui ont manifesté quelques préoccupations ces jours derniers seront ainsi convaincus de notre volonté de maintenir ce système.

Tels sont les principaux volets d'un projet dont l'ambition est de traduire, par des mesures concrètes souvent attendues depuis longtemps par leurs bénéficiaires, la vigilance du Parlement et du Gouvernement chaque fois qu'est en cause la santé publique, leur détermination à mettre en œuvre une politique hospitalière innovante, leur volonté de consolider la protection sociale et leur engagement à poursuivre la lutte contre l'exclusion.

Permettez-moi, monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, d'ajouter quelques mots sur le sida. Le ministre délégué à la santé, M. Philippe Douste-Blazy, reviendra d'ailleurs sur cet important sujet.

A l'occasion de l'examen du projet de loi, le Sénat a tenu à ouvrir le débat sur la lutte contre le sida, et je le comprends. Mais je voudrais rappeler solennellement que le Gouvernement entend ne négliger aucun moyen pour combattre ce véritable fléau de la fin du XX^e siècle. Il a déjà montré son engagement à de nombreuses reprises.

Toutefois le problème du dépistage obligatoire est autrement difficile et complexe. C'est pourquoi je remercie M. le rapporteur d'avoir d'emblée déclaré qu'il entendait dépassionner le débat. Pour sa part, le Gouvernement estime que la mise en place d'une politique de dépistage obligatoire n'est pas le meilleur moyen de renforcer la politique de prévention.

M. Philippe Douste-Blazy et moi-même allons étudier avec soin les conclusions du très important rapport que le professeur Montagnier va remettre au Premier ministre. S'agissant d'une politique qui ne portera ses fruits que si elle est acceptée et comprise, nous souhaitons écouter le Parlement et débattre avec lui. La prévention ne peut être bonne que si elle est puissamment relayée par l'opinion et diffusée dans la société. C'est pourquoi nous nous réjouissons de la proposition de votre commission d'organiser un débat sur la lutte contre le sida. Nous y sommes prêts. (*« Très bien ! » et applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République et sur plusieurs bancs du groupe socialiste.*) Je lui sais gré d'avoir suggéré cette démarche, qui me paraît aller dans le sens de la transparence et de la démocratie, sur un sujet dont on sait combien il est important pour tous, notamment pour les jeunes de notre pays.

Bien que cette question ne constitue pas l'un des volets du projet de loi dont nous avons à débattre aujourd'hui, je tenais à vous apporter, dès maintenant, ces précisions.

Je vous proposerai donc de revenir sur les amendements adoptés par la Haute Assemblée dans ce domaine, mais cela me semble correspondre à la position de la commission. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué à la santé.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé. Monsieur le président, monsieur le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs les députés, comme Mme Simone Veil vous l'a indiqué, le projet de loi qui vous est soumis ce matin comporte deux volets importants relatifs à la lutte contre la tuberculose et à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des détenus. J'examinerai successivement ces deux séries de mesures.

D'abord, le renforcement de la lutte contre la tuberculose est redevenu une priorité de santé publique. Les faits sont là. La tuberculose, qui avait régressé continuellement en France comme d'ailleurs dans l'ensemble des pays développés jusqu'en 1988, connaît aujourd'hui une recrudescence marquée : 8 281 cas déclarés en 1991, 8 793 en 1992. Pour l'ensemble de la France, on enregistre chaque année plus de quinze nouveaux cas pour 100 000 habitants. Il ne s'agit bien sûr que d'une moyenne, mais certaines régions, au premier rang desquelles l'Île-de-France, sont beaucoup plus touchées. Cette situation est totalement inacceptable. Elle est indigne d'un grand pays développé. Nous assistons, en effet, aujourd'hui, au retour dans nos cités d'un mal du XIX^e siècle.

De plus, cette recrudescence de l'épidémie de tuberculose n'est pas sans lien, nous le savons, avec le développement de situations d'exclusion et de marginalité sociale. Il faut donc lutter contre l'exclusion et c'est l'engagement que Mme Simone Veil et moi-même avons pris, sur le plan social bien sûr, mais aussi et avant tout sur le plan sanitaire. Nous ne devons pas accepter, surtout s'agissant d'une pathologie grave et contagieuse, que des hommes et des femmes ne puissent se faire soigner. Or ceux de nos concitoyens qui sont le plus touchés par la tuberculose sont bien souvent les plus démunis, ceux que l'assurance maladie ou l'aide médicale ne parviennent pas toujours à prendre en charge, ceux pour qui l'accès aux soins est trop souvent problématique. Il faut donc réagir, tant dans l'intérêt des malades que dans celui de leur entourage, et les mesures que le Gouvernement propose sont destinées à faciliter le traitement et l'accompagnement des malades qui sont actuellement nombreux à négliger de se soigner, prenant des risques graves pour eux-mêmes et en faisant prendre à leurs proches et à toutes les personnes avec lesquelles ils sont en contact. Pour remédier à ce problème grave de santé publique, le projet de loi dispose que des dispensaires anti-tuberculeux, véritables structures de proximité au contact des populations défavorisées, pourront délivrer sur ordonnance les médicaments nécessaires. Cette délivrance aura lieu à titre gratuit, mais la prescription sera généralement faite à l'hôpital où les cas sont repérés lors de manifestations aiguës de la maladie.

Il n'est pas question, en effet, d'ériger ces dispensaires en prestataires de soins médicaux. Nous rediscuterons de ce point après la discussion générale.

Un millier de personnes environ seront concernées par cette mesure chaque année, ce qui représente une dépense de 2 millions de francs. Les frais correspondants seront

pris en charge, pour les assurés sociaux par l'assurance maladie et pour les bénéficiaires de l'aide médicale par le département ou par l'Etat dans les conditions de droit commun. Ce dispositif représentera une avancée importante dans la lutte contre l'épidémie de tuberculose mais il est clair que les pouvoirs publics devront rester extrêmement vigilants dans le futur.

La seconde priorité de santé publique qui s'impose à nous concerne la prise en charge sanitaire des détenus. Vous savez à quel point la situation sanitaire des détenus s'est détériorée dans notre pays. Au début de l'année, le haut comité de la santé publique a dressé le constat de la santé de la population carcérale. Ce constat est clair : nous sommes en présence d'un véritable état d'urgence sanitaire qui appelle une intervention forte et immédiate des pouvoirs publics. C'est la responsabilité de l'Etat et nous devons l'assumer avec détermination, d'abord parce qu'il est impensable de laisser la situation se détériorer davantage, ensuite parce qu'il existe un risque certain de propagation de maladies transmissibles graves dans la population.

En effet, les prisons françaises comptent quelque 50 000 détenus, mais la durée de séjour moyenne n'excédant pas six mois, ce sont près de 100 000 passages en milieu pénitentiaire qui sont enregistrés chaque année.

La situation est donc doublement intolérable, pour les détenus eux-mêmes bien sûr, mais aussi pour la collectivité tout entière. Et pourtant les pouvoirs publics sont restés trop longtemps passifs. Certes le précédent gouvernement s'était finalement résolu à engager une réforme pour 1993, mais il avait pris le parti de ne pas ouvrir le débat devant la représentation nationale et cela l'avait conduit à rechercher une solution réglementaire qui n'était ni suffisante pour traiter le problème dans toute son ampleur, ni praticable sur les plans juridique et technique.

Dès la formation du nouveau gouvernement, le ministre d'Etat, Mme Simone Veil, et moi-même avons au contraire voulu, d'un commun accord avec le garde des sceaux, que vous soyez saisis de cette situation d'urgence sanitaire. Nous souhaitons que le débat puisse enfin avoir lieu pour qu'une solution définitive et complète soit apportée à ce véritable problème de société.

La philosophie générale du texte qui vous est soumis consiste à faire rentrer l'hôpital dans les prisons. En d'autres termes, il s'agit de mettre fin à l'exception pénitentiaire en matière de santé publique. Le droit commun sanitaire va désormais s'appliquer dans les prisons. En effet, jusqu'ici la prise en charge des détenus relevait de la seule administration pénitentiaire. Or, malgré des efforts réels, ses moyens demeuraient inévitablement limités et ses compétences n'étaient pas toujours adaptées au traitement de situations sanitaires détériorées.

Deux séries de dispositions permettront de mettre un terme à cette dérive.

D'abord, le projet de loi permettra l'affiliation de l'ensemble des détenus et de leurs ayants droit au régime général de la sécurité sociale et cela dès leur incarcération. Il s'agit d'une mesure de simplification. Aujourd'hui, la situation des détenus au regard de la sécurité sociale varie, compte tenu notamment de leurs activités professionnelles antérieures. De cette simplification résultera un surcroît d'efficacité.

Des conventions seront passées à cet effet entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux. Quels hôpitaux seront choisis ? Il me semble évident que le critère de la proximité devra être déterminant. Mais il serait absurde de ne pas prendre également en considération les perfor-

mances du plateau technique de tel ou tel établissement en fonction des besoins sanitaires spécifiques à prendre en charge. A terme, soit à la mi-1996 au plus tard, chacun des quelque 160 établissements pénitentiaires devra être lié par convention à un hôpital.

Telles sont, mesdames et messieurs les députés, les précisions que je souhaitais vous apporter concernant le volet de ce projet de loi relatif à la lutte contre la tuberculose et à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des détenus.

Avec votre concours, nous entendons, Mme le ministre d'Etat et moi-même, mener une politique énergique afin de faire face à ces deux problèmes graves et, surtout, de mettre en place une véritable politique de santé publique, si nécessaire aujourd'hui. En effet, les pouvoirs publics ne peuvent se dérober à la responsabilité éminente qui est la leur en ce domaine.

A l'occasion de l'examen du texte, le Sénat a tenu à ouvrir le débat sur la lutte contre le sida, et je voudrais ajouter quelques mots sur ce point.

Je partage l'angoisse des personnes séropositives, des malades, de leurs familles, de leurs proches et, devant cette affection aujourd'hui incurable. Comme eux, je guette avec impatience et espoir les progrès de la recherche médicale. Je comprends aussi la peur qu'inspire cette terrible maladie dans notre société. Le Gouvernement entend bien ne négliger aucun moyen pour combattre ce véritable fléau de la fin du XX^e siècle, et j'aurai l'occasion de vous exposer tout ce qui a déjà été entrepris pour amplifier la lutte.

Je vous ai déjà indiqué, lors de la discussion budgétaire, que des moyens en très forte augmentation ont été dégagés avec, notamment, le renforcement de la politique de prévention et de prise en charge des malades. Il faut, en effet, agir vite et faire preuve de courage et de détermination. Songez que l'OMS estime déjà à 14 millions le nombre d'hommes, de femmes et d'enfants infectés dans le monde par le VIH. En septembre 1993, la France a recensé 32 000 cas de sida. Il y a, dans notre pays, plus de 100 000 personnes infectées par le virus.

Le Sénat a posé le problème du dépistage obligatoire pour certaines catégories de personnes. Comme vous l'a dit Mme Veil, le Gouvernement estime la mise en place d'un dépistage généralisé inopportun et inefficace. Je crois, en effet, qu'il faut absolument préserver en toutes circonstances la relation entre le médecin et le malade. Or, cette relation repose sur la confiance. Un dépistage obligatoire ne serait en aucun cas efficace pour enrayer l'épidémie; aucun pays au monde n'a d'ailleurs fait un tel choix.

Il n'est pas de dépistage efficace dans le cadre d'une démarche médicale d'information et d'éducation pour modifier les comportements. Cette démarche passe par un accord des personnes dans un climat de confiance et de confidentialité. Elle doit, bien évidemment, être encouragée.

La prévention étant à ce jour le seul moyen éprouvé pour combattre la propagation de ce virus, nous allons étudier avec soin les conclusions du rapport que le professeur Montagnier va remettre au Premier ministre.

S'agissant d'une politique qui ne portera tous ses fruits que si elle est acceptée et comprise, nous souhaitons écouter le Parlement et débattre avec lui. Il n'y a pas de bonne prévention si elle n'est pas puissamment relayée par l'opinion et diffusée dans la société. C'est pourquoi nous sommes prêts à accepter la proposition de votre commission d'organiser un débat sur la lutte contre le sida et sa prévention.

M. Michel Péricard, président de la commission. Merci !

M. le ministre délégué à la santé. Bien que cette question ne constitue pas un des volets du projet de loi, nous avons voulu aujourd'hui apporter ces précisions dès l'ouverture de ce débat. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Exception d'irrecevabilité

M. le président. En application de l'article 91, alinéa 4, du règlement, M. Bocquet et les membres du groupe communiste soulèvent une exception d'irrecevabilité.

La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, comme l'ont souligné nombre de députés lors de la réunion de la commission des affaires sociales, le projet de loi qui nous est soumis revêt la forme d'un « DDOS », d'un projet portant diverses dispositions d'ordre social.

La question que l'on peut se poser est celle-ci : pourquoi un tel texte maintenant, comportant des dispositions particulièrement importantes, à quatre mois d'une session pour laquelle sont annoncées deux lois quinquennales, l'une relative à la protection sociale, l'autre à la famille ?

Au moment où des réponses urgentes doivent être apportées pour éradiquer la tuberculose et vaincre le sida, vous nous proposez de débattre d'un texte qui vise avant tout à accélérer la mise en œuvre de la réforme hospitalière. Je me félicite d'ailleurs, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, de la sagesse qui a été la vôtre de ne pas retenir le dépistage systématique en ce qui concerne le sida. Nous y reviendrons d'ailleurs dans la discussion.

A la veille de la journée mondiale de lutte contre le sida, alors que chacun reconnaît la nécessité d'accroître considérablement les moyens pour faire face à la progression de cette maladie, on programme la fermeture de 60 000 lits hospitaliers !

M. Jean-Pierre Fouché. Ils ne servent à rien !

M. Denis Jacquet. Ils n'ont pas d'autre existence que budgétaire !

Mme Muguette Jacquaint. Comment l'état de santé déplorable des détenus, l'extension du sida et de la tuberculose pourraient-ils être pris en charge lorsqu'on asphyxie des centres de santé, lorsqu'on s'attaque à la médecine libérale, lorsqu'on réduit les moyens de fonctionnement des hôpitaux, lorsque la formation des personnels hospitaliers est remise en cause, lorsque les conseils d'administration des hôpitaux, dans lesquels nous siégeons en tant qu'élus, prennent des mesures autoritaires pour imposer un redéploiement des moyens ?

Votre projet de loi promet-il de prendre les mesures de santé publique qui s'imposent face à ces grandes questions, sur lesquelles nous nous exprimerons plus longuement dans la discussion générale ? Permet-il de répondre à l'urgence de la dégradation de l'état sanitaire de la population ? Nous ne le pensons pas.

Au contraire, nous pouvons nous interroger sur les raisons qui ont contribué au développement d'une maladie qu'on croyait vaincue, la tuberculose, ou bien le saturnisme. Chacun sait que ces deux maladies sont celles de la misère. Elles sont révélatrices des cloches qui ont conduit à une telle situation, et que nous dénonçons depuis des années. Comment expliquer, alors que se développent les sciences et les techniques et que nous avons les moyens

de guérir de nouvelles maladies, que des hommes meurent de froid, que des familles soient asphyxiées par des appareils de chauffage vétustes, que des enfants soient intoxiqués par des peintures au plomb, qui ne se fabriquent plus depuis 1948 ? Le nombre grandissant de personnes exclues de l'accès aux soins est révélateur de la société dans laquelle nous vivons, une société inhumaine.

La précarité de l'emploi, le chômage, les hommes et les femmes privés de logement, les exclus de la société sont la conséquence de votre politique, en même temps qu'ils participent à la destruction du tissu social.

C'est cette politique qui crée l'exclusion. Les familles expulsées de leur logement sont celles qui sont le plus exposées à la maladie et à la tuberculose, que vous affirmez combattre avec ce projet de loi.

Loin de résoudre les questions qui nous sont posées, celui-ci constitue une étape nouvelle dans la politique de démantèlement de notre protection sociale et de notre système de soins. Pour ne mentionner que les mesures les plus récentes qui, méthodiquement, s'attaquent à ce qui constituait l'originalité française – un fort service public allié à une médecine libérale conventionnelle –, je citerai : la réforme hospitalière en avril 1991, la création de l'Agence du médicament en octobre 1991, la loi sur la pharmacie hospitalière en juin 1992, le texte sur la transfusion sanguine en novembre 1992, la création d'un fonds de solidarité, débattue en décembre 1992 et juin 1993, la création de la CSG en 1990 et son augmentation en juin 1993, la remise en cause du financement des allocations familiales par les entreprises en juin et novembre 1993.

Alors que le système public hospitalier avait contribué au renom du système de santé français, permettant à des équipes performantes d'avancer dans des voies nouvelles pour guérir des maladies ou des affections réputées incurables, la réforme hospitalière avait comme objectif d'introduire la logique de la rentabilité financière à l'hôpital.

La mise en place d'une carte sanitaire organisant la concurrence entre le service public et le service privé, l'introduction des sociétés de capitaux, le développement des conventions avec des sociétés financières, y compris internationales, l'aggravation de l'austérité sur fond d'inégalités ont dégradé considérablement le service rendu à la population.

En vous appuyant sur les difficultés provoquées par ces orientations, les mesures que vous proposez vont encore accélérer ce processus. Aux populations qui, avec leurs élus, rejettent les 60 000 fermetures de lits que vous avez programmées, vous répondez par des mesures autoritaires. Des voix s'élèvent d'ailleurs pour protester contre le manque de personnels, qui se traduit par une sous-utilisation des lits et le refus d'accueillir des malades. Vous craigniez tant le débat sur ce point que le projet initial prévoyait même de fixer par voie réglementaire les grandes lignes du règlement intérieur des hôpitaux !

Comment pouvez-vous, par le même projet de loi, vouloir développer la lutte contre la tuberculose, mieux soigner les détenus – intentions certes louables – et mettre en place un fonds de restructuration qui disposera d'un milliard de francs pour fermer des lits hospitaliers par dizaines de milliers ?

Les secours aux victimes du terrible accident survenu sur l'autoroute A 10 auraient-ils pu être apportés aussi rapidement si votre plan de fermeture des hôpitaux de proximité était déjà appliqué ? N'est-ce pas un des blessés

qui reconnaissait que, sans l'hôpital de Jonzac, sa famille n'aurait pas été prise en charge dans d'aussi bonnes conditions ?

Quant à la mise en place de l'Agence du médicament dans le cadre de la politique européenne du médicament, a-t-elle permis de prendre des dispositions favorisant un meilleur accès aux produits issus des découvertes les plus récentes ? Son objectif est-il d'inciter les laboratoires pharmaceutiques à réinvestir leurs profits considérables dans la production et la recherche ?

La production des médicaments est-elle guidée par l'efficacité thérapeutique ou par les débouchés commerciaux ? La liste est longue de médicaments efficaces retirés du marché pour n'être pas assez rentables.

Le taux de pénétration des médicaments étrangers s'accroît. Une étude de l'INSEE, publiée au mois d'août, souligne que l'industrie pharmaceutique française se trouve de plus en plus concurrencée sur le marché national. Le nombre de salariés travaillant en France dans ce secteur est passé de 85 000 à 35 500.

La publicité réalisée autour de la privatisation de Rhône-Poulenc ne peut cacher que les recherches effectuées en France par cette entreprise passeraient en dessous des 50 p. 100. Alors qu'elle réalise 77 p. 100 de son chiffre d'affaires à l'étranger, sa dénationalisation ouvrira encore plus la porte aux capitaux étrangers. Seule compte la rentabilité ; la coopération entre les grands groupes chimiques est quasiment inexistante pour trouver des remèdes efficaces contre le sida ou le cancer, par exemple.

On voudrait nous faire croire que la consommation excessive de médicaments serait responsable du déficit de la sécurité sociale. D'après les données de la Caisse nationale d'assurance maladie, en 1990, la part du médicament représentait 13,1 p. 100 des dépenses totales, le montant des remboursements des médicaments à 40 p. 100 et à 70 p. 100, 7,4 p. 100. Entre 1989 et 1990, la progression des dépenses pharmaceutiques dans les remboursements de l'assurance maladie était de 1,8 milliard de francs, loin des 10 milliards de déficit annoncés ! Le médicament, les chiffres sont là pour le rappeler, n'a pas un poids suffisant pour servir d'instrument de régulation de l'assurance maladie.

Les dépenses de santé augmentent sous la double pression du progrès technologique et de la demande de soins. Le progrès technologique est sur le long terme un des principaux facteurs d'économie ; la revue *Recherche et Santé* précise, d'après une étude canadienne, qu'un dollar investi dans le médicament permet d'économiser de cinq à dix dollars sur l'hôpital. Les comptes de la santé de tous les pays illustrent que seuls les médicaments et vaccins permettent de faire un saut qualitatif important à coût raisonnable.

Dans de nombreux cas, un traitement précoce et rapide des petits risques, dans le cadre de la médecine ambulatoire, et grâce à la prescription médicamenteuse, peut éviter le recours à des moyens thérapeutiques plus lourds, notamment en cas d'hospitalisation.

Le Conseil économique et social insiste sur les risques d'une réduction excessive et mal adaptée des conditions de prise en charge des frais pharmaceutiques. Toute limitation des conditions d'accès à ce type de consommation peut, au-delà des conséquences sanitaires, être à l'origine d'un renforcement de la part de l'hospitalisation qui pèse de manière beaucoup plus importante sur l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

On le voit, dans ce domaine aussi, les choix qui sont faits, outre leurs conséquences intolérables sur les familles, sont absurdes sur un plan économique. La politique du

médicament, dont le critère essentiel est la recherche de la rentabilité financière, est, en fait, réglementée en fonction de l'orientation choisie par les grands laboratoires pharmaceutiques. Les mesures prises en juin 1992 concernant la pharmacie hospitalière en sont un exemple frappant. Décider que la pharmacie hospitalière n'était plus obligatoirement la propriété de l'hôpital, c'est donner la possibilité de céder au privé un secteur rentable : le budget annuel d'un hôpital de court séjour de mille lits pour les médicaments est évalué à 60 milliards de francs.

L'implantation de petites unités est un obstacle à la volonté des industries chimiques de disposer de grosses structures régionales pour un marché plus rémunérateur. Même l'Agence du médicament représente une entrave pour les laboratoires étrangers qui n'ont pas dans leur pays autant d'officines. La mise en place de pharmacies régionales, qui se traduirait par la fermeture de nombreuses officines, accompagnerait la carte sanitaire hospitalière. On voit bien ici encore l'orientation maasrichienne à l'œuvre : des pôles régionaux, en concurrence entre eux, liés aux autres régions européennes, démantelant petit à petit notre infrastructure. Rien dans ces choix pour répondre au plus près aux besoins de la population !

De la même façon, l'organisation de la transfusion sanguine, votée en novembre 1992, avec ses schémas régionaux élaborés par l'Agence française du sang, centralisatrice et étatique, ne laisse aucune place à la concertation. Les dérivés sanguins stables, devenus des médicaments, sont entrés dans le champ de la concurrence. Les récents événements survenus en Allemagne devraient réfréner l'ardeur de ceux qui, pour satisfaire aux normes européennes, souhaitent commercialiser des produits collectés selon des règles contraires aux principes qui, jusqu'à présent, régissaient le don du sang en France : gratuité, bénévolat, anonymat. Préserver les centres de transfusion sanguine de toute logique lucrative est une règle impérative de sécurité.

Au fur et à mesure que s'accroît la recherche de profits dans le domaine de la santé, les Français sont accusés de dépenser trop pour se soigner. Paradoxalement, alors que les richesses s'accroissent dans notre pays, ils ne pourraient avoir accès aux techniques les plus modernes, aux avancées les plus récentes s'ils n'ont pas de ressources suffisantes.

La limitation des actes médicaux et des prescriptions imposées aux médecins par la loi dite de « maîtrise des dépenses de santé », discutée en juin et décembre 1992, est contraire à la déontologie des personnels de santé. Les sanctions financières à l'égard des médecins qui ne s'y résoudraient pas sont inacceptables. Les références médicales sont en fait des références économiques, le critère retenu étant les économies à réaliser. La liberté de prescription des médecins est seule garante de l'efficacité du traitement approprié à chaque patient. La remettre en cause pour des raisons économiques, c'est renoncer à l'originalité et à la qualité du système de soins français.

Invoquer le prétexte d'un meilleur suivi pour mettre en place le dossier médical ne peut cacher que l'objectif poursuivi est la limitation des remboursements par l'assurance maladie. Car, en fait, ce qui est visé par l'ensemble des dispositions mises en œuvre, c'est notre système de protection sociale.

Lors de sa création, au sortir de la guerre, ses fondateurs avaient bien compris que, pour reconstruire notre pays, les salariés et leurs familles devaient être protégés contre la maladie et les accidents du travail, et avoir les moyens d'élever leurs enfants. Financer la protection

sociale à partir de l'entreprise était une mesure de justice, puisque c'est là, par le travail humain, que se créent les richesses de tout pays.

Bénéficier d'une pension de retraite n'est que percevoir un salaire différé, pour lequel les salariés cotisent. Ce n'est pas un « cadeau », mais seulement le paiement du travail effectué, grâce auquel s'accumulent les richesses.

Ce que le grand patronat conteste, c'est de ne pas pouvoir utiliser les sommes consacrées à la protection sociale pour accroître ses profits : il cherche donc à se dégager du financement de la sécurité sociale. D'autant que, comme le dit Claude Bébér, PDG d'Axa Assurance, « le marché de la maladie est gigantesque. A lui seul, il est égal à l'ensemble de l'assurance ». De quoi être alléché par ce marché potentiel ! Claude Bébér propose de traiter la santé comme l'automobile et de mettre « en concurrence sécurité sociale, assurances et mutuelles ».

C'est ainsi que certains suggèrent de « réduire le niveau de remboursement de la sécurité sociale et d'augmenter la part des assurances complémentaires en mettant en compétition assurances et mutuelles ». Axa est bon conseiller...

Comme le souligne le journal *Les Echos*, il y a là une amorce de privatisation du financement des dépenses de santé, qui accentuera la sélection par l'argent.

Le même journal, comparant les principaux systèmes de santé en Europe, relève l'importance de la part restant à la charge des patients : en 1994, c'est en France qu'elle sera la plus élevée. Notre pays est maintenant le seul où les assurés sociaux doivent payer 30 p. 100 de la consultation médicale, alors que celle-ci est gratuite en Angleterre, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Italie, en Espagne.

Les travaux préparatoires au XI^e plan, s'inscrivant dans la même stratégie que celle de Claude Bébér, ne prévoient-ils pas un « socle d'assurance » qui resterait à la sécurité sociale, les assurés devant souscrire des assurances complémentaires ? Le Parlement voterait chaque année un taux d'évolution des dépenses. Des « agences régionales de santé » signeraient des contrats pluriannuels avec les médecins, les auxiliaires locaux et les établissements hospitaliers, non pas pour être au plus près des besoins de la population, mais pour encore mieux imposer les restrictions.

L'instauration de la CSG en 1990 était l'amorce du financement de la protection sociale par l'impôt, donc par les contribuables. En l'augmentant dès la mise en place du gouvernement, vous avez accentué son injustice puisque, sur les 80 milliards qu'elle rapportera en année pleine, 50 milliards seront prélevés sur les salariés actifs et seulement 5,5 milliards sur les placements financiers et immobiliers.

Le Fonds de solidarité vieillesse, déjà débattu en décembre 1992 et adopté en juillet 1993, en distinguant ce qui relève de l'assurance de ce qui relève de la solidarité, c'est-à-dire de l'assistance, participe au démantèlement de la sécurité sociale. Ce fonds, financé par l'Etat à travers la CSG, renforce le désengagement des entreprises. La loi sur l'emploi de juillet 1993, amplifiée par la loi quinquennale qui vient d'être adoptée, accentue également le désengagement des entreprises dans le financement des allocations familiales ; les entreprises espèrent économiser à terme 150 milliards de francs, non pas pour investir dans la production et l'emploi mais, là encore, pour accroître leurs profits financiers.

Depuis 1977, les plans successifs suivent la même logique : augmenter la part des assurés sociaux, diminuer les remboursements.

Dès votre arrivée au gouvernement, le forfait hospitalier est porté à 55 francs et le ticket modérateur augmente de 5 points. Les économies attendues sont de 32 milliards de francs, trois fois plus que celles qu'on a permis de réaliser les mesures mises en œuvre en 1987.

Les décisions prises depuis quelques mois n'ont, en fait, résolu aucune des difficultés du régime d'assurance maladie mais ont, au contraire, contribué à la dégradation de l'état de santé de la population et à une exclusion de plus en plus massive du système de soins.

Croyez-vous vraiment que celles que vous proposez contre le développement de la tuberculose, aussi nécessaires qu'elles soient, éviteront que ne progresse cette exclusion sanitaire, quand le chômage croît, quand la précarité devient la règle, quand des jeunes ne sont pas affiliés à la sécurité sociale, quand on ferme des lits hospitaliers, quand on impose aux médecins de réduire leurs prescriptions ?

C'est une autre logique qui s'impose. On ne peut, dans le même temps, répondre à l'urgence par des mesures ponctuelles et poursuivre, voire amplifier des mesures qui déstructurent notre système de soins. Ce qu'il faut, c'est une véritable politique de santé publique, assurant une protection sociale pour tous, et reposant donc sur l'affiliation de tous à la sécurité sociale.

Le projet de loi prévoit l'affiliation des détenus à la sécurité sociale. C'est très bien. Nous proposons de l'étendre aux jeunes chômeurs et à tous ceux qui en sont exclus.

En taxant les revenus des placements financiers et immobiliers au même taux que les salaires, la sécurité sociale verrait ses ressources accrues de près de 70 milliards de francs.

Mettre un terme aux exonérations de charges sociales patronales sans contrepartie réduirait aussi le déficit de la sécurité sociale.

Une politique hardie en matière d'emploi, outre qu'elle mettrait un terme aux situations dramatiques que vivent les chômeurs, augmenterait les ressources de la sécurité sociale. Nous ne sommes pas seuls à dire que 100 000 emplois supplémentaires, c'est 7 milliards de francs de cotisations sociales.

Nous proposons, par ailleurs, de relever le taux de remboursement de tous les médicaments à 70 p. 100 et de rétablir le remboursement à 100 p. 100 dans le cas des maladies longues et coûteuses.

Nous proposons également de développer les dispositifs de prévention, et tout d'abord la médecine scolaire. Alors que l'école est une structure unique, qui permet d'assurer de manière efficace et continue la surveillance sanitaire, l'éducation à la santé et une protection sociale d'ensemble pour tous les enfants et adolescents scolarisés, la médecine scolaire est gravement sinistrée : un médecin pour 10 000 élèves ! Avec un tel manque de moyens, il n'est même plus question que chaque enfant bénéficie d'une visite médicale annuelle.

La médecine scolaire doit permettre de répondre globalement aux problèmes de santé des enfants, en complémentarité avec la médecine praticienne, et d'autant plus que l'état de santé des enfants se dégrade. Tous les professionnels constatent l'aggravation de l'état de santé des jeunes de seize à dix-huit ans. Ils décrivent les déficiences les plus évidentes : troubles de la vue, de l'audition, malformations, retards de croissance, allergies, maladies contagieuses de la peau, poux, troubles orthodontiques, vaccins non faits, mais aussi drogue, tabac, alcool, sida, sans oublier les sévices.

Il est nécessaire d'aller rapidement vers le doublement du nombre des médecins scolaires, ce qui permettrait d'atteindre la norme fixée... en 1969.

Pour permettre une prise en charge précoce des problèmes sanitaires des enfants, la Seine-Saint-Denis, mais c'est aussi le cas du Val-de-Marne, s'est donné pour objectif de mettre en place des bilans de santé dans toutes les écoles maternelles du département pour les enfants de quatre ans, à l'échéance de cinq ans. Le budget de fonctionnement annuel que le conseil général consacre à cette action est d'environ 8 millions de francs, parce qu'il a fait le choix de privilégier la prévention. Les résultats en matière d'hygiène bucco-dentaire témoignent de son efficacité : chez les enfants de onze ans, la baisse des caries dentaires est évaluée à 41 p. 100, et 63,3 p. 100 des enfants de cinq à six ans sont indemnes de toute carie, alors que la moyenne nationale est de 40 p. 100.

Le désengagement de l'Etat conduit le département à assumer des dépenses qui sont de la responsabilité nationale, et ce sont les familles qui doivent en supporter la charge.

La lutte contre le développement des maladies de la misère, comme la tuberculose ou le saturnisme, nécessite des moyens de grande ampleur. En plus de l'accès aux soins doivent être développés de véritables réseaux intégrant l'ensemble des structures médicales. Ce n'est pas en amputant les moyens des centres de santé que l'on y parviendra !

Les deux paramètres influençant la progression de la tuberculose sont le sida et les conditions socio-économiques. La progression alarmante observée au niveau national semble être stoppée dans un département comme la Seine-Saint-Denis, ce qui confirmerait qu'une politique soutenue de prévention donne des résultats positifs dans des délais brefs. Le nombre de cas enregistrés était en effet de 655 en 1990, de 837 en 1991 et de 824 en 1992. Ne serait-il pas possible de réaliser au niveau national ce qu'un département met en œuvre ?

Un autre volet qu'il est absolument nécessaire de traiter, quand on parle de prévention, c'est la médecine du travail. Nous avons déjà eu l'occasion de citer les chiffres préoccupants des accidents du travail et des maladies professionnelles : 1,5 million d'accidents du travail, 5 000 maladies professionnelles constatées, 1 800 morts par an !

Nous ne pouvons rester insensibles à des conditions de travail qui conduisent à mettre en danger la santé, voire la vie des salariés. Combien de salariés n'ont pas passé de visites médicales depuis plusieurs années, tandis que l'accès aux soins devient de plus en plus inégalitaire ?

Le médecin du travail est le premier à pouvoir constater les troubles existants, les CHSCT intervenant en second lieu. Les grandes entreprises, dont les profits sont évalués à 1 224 milliards de francs en 1992, auraient les moyens de participer à la promotion de la médecine du travail. Ce serait d'autant plus justifié que ce sont elles qui, bien souvent, imposent des conditions de travail aggravées et qui tirent profit des multiples exonérations de charges.

Quant à l'hôpital, nous proposons plusieurs mesures qui, si elles étaient mises en œuvre, lui permettraient de jouer son rôle de service de soins de proximité accessible à tous : la suppression du forfait hospitalier ; l'arrêt de toute fermeture d'hôpitaux – si des problèmes de sécurité peuvent se poser, il est nécessaire d'embaucher des personnels formés en nombre suffisant ; la définition avec les personnels d'un plan d'urgence de formation et d'embauche ; la réouverture des écoles d'infirmières ; le

remboursement de la TVA aux hôpitaux sur tous les achats, comme c'est déjà le cas pour les cliniques privées, mesure qui leur procurerait 15 milliards de francs de recettes nouvelles.

Tels sont, selon nous, les grands axes d'une véritable politique de santé publique. Nous les soumettons au débat de tous ceux qui souhaitent, par leur action et leur intervention, voir respecter le droit à la santé et à une protection sociale de haut niveau pour tous.

Votre projet de loi, madame le ministre d'Etat et monsieur le ministre, en accélérant les mesures qui ont déjà été prises depuis des années, ne garantira pas à tous la protection de la santé, comme l'exige le préambule de notre Constitution. C'est pourquoi je vous demande, mes chers collègues, de voter l'exception d'irrecevabilité que je viens de présenter.

M. Jean-Claude Lefort. Très bien !

M. le président. Le Gouvernement souhaite-t-il s'exprimer ? J'imagine qu'il est contre l'adoption de l'exception d'irrecevabilité...

Mme la ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. En effet, monsieur le président.

M. le président. Même avis de la commission ?

M. Michel Péricard, président de la commission. Contre également.

M. le président. La position du groupe RPR est sans doute identique, madame Bachelot ?

Mme Roselyne Bachelot. Oui, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat, pour expliquer rapidement le vote du groupe de l'UDF.

M. Denis Jacquat. Mes chers collègues, j'ai écouté avec attention les arguments développés par Mme Jacquaint à l'appui de l'exception d'irrecevabilité. J'avoue avoir été abasourdi par les motifs qu'elle a invoqués et surtout par le tableau qu'elle a dressé de notre état sanitaire et social. S'il en était ainsi, pourquoi tant d'étrangers voudraient-ils venir vivre dans notre pays, alors que je ne connais aucun Français qui désire quitter l'Hexagone ?

En fait, Mme Jacquaint n'a fait valoir aucun argument sur le caractère anticonstitutionnel du texte, sauf dans la dernière phrase de son intervention. Et je me demande s'il ne s'agissait pas d'une manœuvre de retardement.

M. Michel Péricard, président de la commission. C'en était une !

M. Denis Jacquat. Ce projet de loi est indispensable. J'invite donc l'Assemblée à s'opposer à l'exception d'irrecevabilité.

M. le président. Je mets aux voix l'exception d'irrecevabilité.

Je constate que le groupe communiste et le groupe socialiste votent pour.

(L'exception d'irrecevabilité n'est pas adoptée.)

Question préalable

M. le président. M. Malvy et les membres du groupe socialiste opposent la question préalable, en vertu de l'article 91, alinéa 4, du règlement.

La parole est à M. Claude Bartolone.

M. Claude Bartolone. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous ne le rappellerons jamais assez, toute personne, quels que soient sa catégorie sociale, ses revenus,

son âge, sa pathologie et ses origines, doit pouvoir bénéficier de l'égalité de l'accès aux soins, de l'égalité dans la qualité des soins et d'une protection efficiente. C'est pourquoi il convient de remettre régulièrement l'ouvrage sur le métier pour adapter notre système de protection sociale et de santé publique aux évolutions des techniques, des connaissances, des comportements, qui rythment la transformation de notre société. Nous en sommes tous convaincus.

Cependant, après les déclarations que nous avons entendues tout à l'heure et dont l'objet était de valoriser le projet de loi présenté à notre examen, vous ne vous étonnez pas que mon propos soit plus critique. Nous espérons débattre dans la sérénité et dans la durée de ces grands problèmes sociaux. Or le Gouvernement nous propose un texte « fourre-tout », une sorte de DMOS ou de DDOS. Je n'ose penser que son but inavoué est de modifier insidieusement quelques dispositions essentielles de notre système de protection sociale dans un sens qui s'éloigne de l'équité. Dans le même temps, une loi quinquennale est annoncée pour le printemps prochain. Ce DMOS ne la vide-t-il pas d'une grande partie de son contenu ? Ne serait-elle là que pour faire illusion ?

Adopté en l'état, tel qu'amendé par le Sénat, le projet de loi sur la santé publique et la protection sociale serait lourd de conséquences pour la santé des Françaises et des Français.

Car si la santé n'a pas de prix, elle a un coût et celui-ci ne saurait être injustement réparti. Le groupe socialiste, par ses interventions et ses amendements, s'efforcera d'y veiller. C'est pourquoi nous nous opposons vivement à un projet dont la précipitation traduit, au nom de l'indispensable maîtrise des dépenses de santé, une approche strictement économique du problème.

Ainsi, en matière d'organisation des établissements de santé, les propositions faites apparaissent d'emblée en contradiction complète avec le dispositif de planification sanitaire concertée de la loi du 31 juillet 1991.

Pourtant, découlant d'une analyse objective, des forces et des faiblesses de notre appareil hospitalier, cette loi fut longuement discutée, mûrie, amendée. De multiples séances de travail regroupèrent l'ensemble des acteurs et partenaires concernés. Reconnue par tous, aujourd'hui, loi de bon sens, loi d'équilibre, elle donnait à l'hôpital public et à l'ensemble du système hospitalier, les moyens de faire face aux défis de demain, ceux de la modernisation des structures, des procédures, des comportements.

Elle s'organisait autour de quatre axes.

En premier lieu, la planification. Complétant la carte sanitaire à portée quantitative, le schéma d'organisation sanitaire à portée qualitative devait permettre une organisation du parc hospitalier sur la base d'une logique médicale intégrant les filières de soins et les nouvelles modalités de prise en charge des patients, notamment les alternatives à l'hospitalisation.

Cette organisation favorisait la conclusion de contrats d'objectifs entre l'Etat, l'assurance maladie et les hôpitaux assurant ainsi une bonne coordination entre les projets d'établissement - expression des hôpitaux - et le contenu du schéma sanitaire qui intègre de véritables objectifs de santé publique. Elle combinait un mouvement cohérent de déconcentration et de décentralisation.

Deuxième axe majeur : le dialogue, la concertation, toujours présents.

Troisième axe : l'évaluation dans toutes ses dimensions médicales, bien sûr, mais aussi économiques, des fonctions, des centres de responsabilité et des pathologies.

Quatrième axe : l'autonomie. En supprimant la tutelle *a priori* et en renforçant la mise en œuvre d'une véritable démarche stratégique grâce au projet d'établissement, on offrait plus de liberté et de responsabilité.

Alois même que l'ensemble des schémas d'organisation sanitaire sont en cours d'achèvement et seront opérationnels avant juin 1994, trois mesures décidées sans aucune concertation et portant sur les articles 19, 20 et 21 du titre II du projet mettent à mal, et de façon drastique, le dispositif.

La première substitue au mécanisme d'approbation tacite celui de refus tacite.

Soyons clairs : ni l'une ni l'autre de ces deux formules ne sont satisfaisantes. L'une et l'autre mettent en évidence les carences du service public, le manque de moyens des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales. L'une risque d'autoriser des créations pouvant être en non-conformité avec la réglementation, donc dangereuses ; l'autre peut pénaliser de façon systématique les établissements promoteurs de projets. Elles livrent toutes deux la planification à l'arbitraire administratif.

Pourquoi, alors, ne pas rechercher une procédure qui pourrait être calquée sur ce qui se passe en matière d'urbanisme pour les permis de construire ? Soit accorder aux administrations un délai plus long d'instruction s'il le faut, sorte de sursis à statuer, mais avec obligation de motivation du refus.

La deuxième mesure de ce projet renforce encore, si besoin était, le pouvoir discrétionnaire de l'administration, en proposant que les lits excédentaires, sous-utilisés, pourront désormais être suspendus voire fermés sur décision des pouvoirs publics. Il n'est pas acceptable qu'une autorisation puisse être retirée en se basant sur des critères purement subjectifs, laissés à la seule appréciation des pouvoirs publics. Rappelons-nous que ces mêmes critiques, ces mêmes oppositions furent émises lorsqu'il s'est agi de créations d'équipements et qu'elles ont prévalu.

Notons que le taux d'occupation ne peut être significatif puisqu'il fait référence à une moyenne et que, à certaines époques de l'année ou dans certaines circonstances, les équipements actuels, s'ils devaient être fermés, feraient cruellement défaut.

Quant au niveau d'activité, comment le mesurer ? Si une telle mesure est certes possible pour un scanner, l'est-elle pour un lit d'hôpital ?

Par contre, l'activité pourrait être mesurée par pathologie traitée en différenciant bien les opérations réalisées - lourdes ou légères - et ce sur une période bien déterminée.

Mais, toute décision se doit d'être prise dans la concertation par l'intermédiaire des comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale. Il s'agit là du seul processus démocratique permettant d'évaluer dans la transparence la situation exacte des établissements et leurs besoins. De plus, aucune mesure de gel des équipements faisant l'objet d'une procédure de suppression n'est prévue. Le risque est grand de ne pouvoir éviter des autorisations nouvelles donnant la possibilité de recréer par d'autres ce qui a été retiré à certains. Il y a là une incohérence.

N'est-il pas surréaliste d'être amené à délibérer sur la suppression d'équipements au moment où, dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire, M. Balladur affirme haut et fort qu'il s'opposera à toute fermeture de services publics en zone rurale, au moment même où M. Pasqua sillonne la France, de concertation en concertation, à la recherche d'un consensus pour que vivent nos régions et nos campagnes ? Nous ne nous opposons natu-

rellement pas au principe d'expérimentation, mais tel qu'il est posé par la loi hospitalière de 1991, dans une perspective de santé publique. Nous constatons, là encore, que le présent projet produira les effets inverses aux intentions affichées.

Dès lors que ces expérimentations devront être gagées par des diminutions préalables de capacités, cette contrainte freinera inévitablement l'innovation, pénalisera les structures les plus performantes. Nul doute que la nécessité de gager l'expérimentation renforce cette volonté strictement économique de réduction des capacités.

Madame le ministre d'Etat, lorsqu'au bout de trois ans de fonctionnement de ces expérimentations l'évaluation conduira à retirer leur autorisation, sera-t-il encore possible de rouvrir les lits fermés ?

Quant à la possibilité d'accorder des autorisations de regroupement lorsque des établissements de santé sont situés dans une même région sanitaire, il est pensable qu'elle reçoive l'assentiment des grands groupes financiers de santé. Mais n'est-ce pas donner une prime au lit qui fait faillite ? Maintiendra-t-on le dispositif dit Barzach qui permet ces regroupements sous réserve d'une diminution du nombre de lits ?

Nous le réaffirmons, adapter les équipements aux besoins est nécessaire, mais cette restructuration pour autant ne peut être ni dure ni autoritaire. Elle doit tenir compte d'une logique de santé publique, c'est-à-dire assurer les soins de façon optimale. Elle doit tenir compte d'une logique économique, c'est-à-dire protéger l'emploi. Elle doit tenir compte des nouveaux besoins qui se font jour, c'est-à-dire ceux qui sont liés au vieillissement de la population.

Les syndicats et les associations représentatives du monde hospitalier demandent dans leur très grande majorité le retour aux dispositifs de la loi de juillet 1991. Dispositifs seuls à même d'assurer la réussite de cette nécessaire adaptation aux besoins qui, je le répète, ne doit en aucun cas privilégier l'affichage d'une mesure à son efficacité. Nous partageons leur avis.

Parallèlement, la situation financière des établissements est extrêmement confuse. Selon les DDASS et les crédits dont elles disposent, le financement des avenants à la convention collective 51 leur est accordé ou non. Certains hôpitaux rencontrent de ce fait d'extrêmes difficultés. Le taux directeur de 1994, fixé à 3,35 p. 100 contre 5,15 p. 100, nourrit largement les inquiétudes, 2 milliards de francs étant destinés à permettre l'application des accords Durafor et Durieux. L'asphyxie financière ainsi orchestrée des établissements hospitaliers fait craindre des suppressions d'emplois de l'ordre de 15 000 alors même que le secteur de la santé doit, par son essence, être générateur d'emplois.

Quelque 700 000 fonctionnaires hospitaliers publics voient leur droits à la formation hypothéquée par un amendement du Sénat ramenant de 0,15 p. 100 à 0,10 p. 100 le taux de cotisation « congé de formation professionnelle » pour les établissements publics de santé. Ce taux, par contre, demeure fixé à 0,15 p. 100 pour la fonction publique d'Etat. Nous ne cautionnons pas une telle discrimination et demandons qu'il soit fait retour au texte initial.

De même, certaines dispositions de l'article 23 sont inopportunes, voire dangereuses. Nous sollicitons leur abrogation. Il s'agit notamment de l'organisation des concours de recrutement par l'établissement de la région ou du département comptant le plus grand nombre de lits. Il s'agit de la possibilité donnée à un jury de complé-

ter son appréciation résultant des épreuves de l'examen par la consultation du dossier individuel de tous les candidats.

Je rappelle pour mémoire que le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière s'est prononcé contre de telles mesures. N'y a-t-il plus lieu de tenir compte de l'avis d'un organisme représentatif? Je m'en étonne.

Le dialogue, la prise en compte, la concertation sont d'ailleurs les grands absents de ce texte.

L'autoritarisme, qui sous-tend les mesures qui y sont contenues, traduit, de surcroît, le manque de confiance évident du Gouvernement envers les acteurs hospitaliers. Peut-être traduit-il également le manque de confiance du Gouvernement en ses propres décisions. Les divergences se font jour, les cafouillages, les incohérences, les incertitudes aussi.

Le 15 novembre dernier, lors de la pose de la première pierre de l'hôpital Georges-Pompidou, M. Balladur saisisait cette occasion pour rappeler les grandes lignes de la politique que le Gouvernement entend conduire pour sauvegarder un système de soins modernes, et en appeler à la régionalisation de l'appareil hospitalier de notre pays, à l'image de ce qui se fait à Paris. Cette accentuation de la tutelle budgétaire sur les hôpitaux publics soulevait immédiatement des réactions inquiètes de l'ensemble du monde hospitalier qui jugeait cette orientation centralisatrice, jacobine, et tristement technocratique. Mais qui plus est, madame le ministre d'Etat, vous sembliez mise au pied du mur, puisque vous étiez plus que réservée sur ce projet. Vous minimisiez quelques jours plus tard les divergences entre votre ministère et l'hôtel Matignon, précisant qu'il était nécessaire d'étudier davantage une telle proposition.

De même, l'annonce faite par le Premier ministre, d'une mission sur les urgences confiée au professeur Geneviève Barrier jetait le trouble avenue de Ségur. En effet, le professeur Adolphe Steg n'a-t-il pas remis le mois dernier un rapport sur ce même thème? Etonnant faux pas!

N'y aurait-il plus de véritable pilote de la politique sanitaire et sociale de la France, plusieurs s'accrochant à la barque, au risque de la faire dangereusement tanguer?

L'autre enjeu de ce projet de loi pour concrétiser la maîtrise médicalisée des dépenses de santé concerne la convention médicale régissant les rapports entre médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie. Plus personne ne conteste la nécessité de cette maîtrise des dépenses. Du patient au médecin, en passant par tous les autres acteurs du système de santé, chacun s'accorde à dire que c'est là l'élément vital pour assurer des soins de qualité, des soins mieux remboursés.

Cessons de faire croire à nos concitoyens que notre système de santé est l'un des plus performants du monde, voire le plus performant.

M. Michel Péricard, président de la commission. Il l'est!

M. Claude Bartolone. En réalité, nous ne nous situons que dans une petite moyenne européenne et tendons vers le bas pour ce qui est du taux de remboursement alors que nous sommes en Europe le pays qui consacre la part la plus importante de son PIB aux dépenses de santé.

Depuis une dizaine d'années, les gouvernements de gauche qui se sont succédé ont cherché à renverser cette tendance.

M. Jean-Louis Beaumont. Cela n'est pas si sûr!

M. Claude Bartolone. S'attelant à la tâche, ils voulaient dépenser mieux - éviter les gabegies, les gaspillages - pour soigner mieux.

Ce fut tout d'abord un tollé général.

Professionnels, patients, se sont levés, criant à l'atteinte à leur liberté.

M. Laurent Cathala. Comme Chamard!

M. Claude Bartolone. Rappelons-nous ces pétitions qui fleurissaient dans les salles d'attente de nos médecins et les officines de nos pharmaciens.

Rappelons-nous l'attitude que je qualifierai, sans être polémique, de bornée de l'opposition d'alors (*Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre*) au moment de l'examen en cette assemblée des projets de loi portant maîtrise des dépenses de santé. Faisant fi de l'intérêt des Français, elle avait choisi : elle défendait un lobby.

M. Jean-Yves Chamard. C'est faux!

M. Claude Bartolone. Rappelons-nous les protestations qui jaillirent lorsque furent modifiées les nomenclatures des actes de laboratoire, de radiologie, la ou des actes infirmiers. On nous prédisait les pires catastrophes, la fermeture des petits laboratoires, la mise sur la paille de maints radiologues!

Ces catastrophes ne sont pas arrivées.

M. Michel Péricard, président de la commission. Parce que vous êtes partis à temps!

M. Claude Bartolone. L'idée de maîtrise de dépenses de santé a fait son chemin et je m'en félicite!

Un sondage de la SOFRES, effectué à la demande de la Confédération des syndicats médicaux français et du Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, révèle que 84 p. 100 des Français interrogés considèrent que l'on peut faire des économies en maintenant la qualité des soins. Notamment en limitant la prise de médicaments - il serait d'ailleurs plus exact de parler de stockage de médicaments - ils sont 57 p. 100 à le penser, ou en évitant les examens ou prescriptions qui ne sont pas nécessaires, ils sont là encore 56 p. 100 à partager cette opinion.

Par contre, ils ne sont pas dupes sur les mesures proposées. Une forte majorité - 73 p. 100 - estime que les nouvelles règles de la pratique médicale élaborées par la profession elle-même n'apporteront aucun changement, même si à 60 et 77 p. 100 ils considèrent que l'instauration du dossier médical peut améliorer la qualité des soins et aider à faire des économies.

Ce sondage apporte une autre surprise : les industriels de la pharmacie partagent l'avis des Français. Ils veulent une régulation des dépenses pour un bon usage des soins et une plus grande affectation de moyens à la recherche pharmaceutique.

L'opinion publique a donc fait sienne la volonté de maîtrise des dépenses de santé.

Domage, madame le ministre d'Etat, que vous n'ayez pas su ou peut-être pas pu transformer cet essai.

Pour cela, vous disposiez cependant d'un outil minimum : la loi Teulade, qui avait reçu après concertation l'assentiment de l'ensemble des syndicats représentatifs de médecins et des caisses d'assurance maladie. Vous avez demandé 10 milliards d'économies pour 1994. Pour ce faire, la convention médicale fut renégociée. Dans sa dernière mouture, elle n'a vraiment rien, hélas, de révolutionnaire.

Ce nouvel avenant, reconnu seulement par deux des trois syndicats de médecins et deux des trois caisses d'assurance maladie, élaboré sur la base du donnant-donnant, ne permettra pas, et les Français n'en sont pas dupes, je le répète, d'atteindre votre but.

Les médecins n'ont pris qu'un engagement de maîtrise des dépenses. Par contre, d'emblée, ils se sont vu octroyer une augmentation de leurs honoraires. Ne mettons-nous pas en l'occurrence la charrue devant les bœufs ?

Les Français, eux, pour sauver la « sécu », n'ont pas eu le choix. Dès cet été, leur revenu était ponctionné par une augmentation de la CSG. Les remboursements de leurs dépenses de santé baissaient.

N'y a-t-il pas là deux poids, deux mesures ?

Les amendements gouvernementaux présentés au texte de la convention s'inscrivent malheureusement dans cette démarche et ne répondent aucunement aux exigences.

Le devoir de tout homme, de toute femme politique est de défricher l'avenir, de le préparer dans l'intérêt du plus grand nombre même si, pour ce faire, il ou elle doit braver, au risque de déplaire, l'opinion publique ou les intérêts de quelques-uns.

C'est pourquoi, nous ne pouvons être qu'opposés à l'instauration du carnet de liaison obligatoire de l'adulte dont la présentation conditionnerait la prise en charge des soins.

M. Michel Péricard, président de la commission, et M. Jean-Yves Chamard. Vous n'avez rien compris !

M. Claude Bartolone. Monsieur Chamard, soyez modéré dans vos propos !

M. Michel Péricard, président de la commission. J'ai dit la même chose !

M. Claude Bartolone. Je ne vous parlerai pas à vous de vos propos sur l'audiovisuel, qui montrent bien que vous comprenez tout sur tous les sujets ! Quant à vous, monsieur Chamard, regardez avec quelle délicatesse vous avez cassé l'idée de la semaine de quatre jours, avec quelle délicatesse vous vous êtes opposé à l'augmentation de la CSG ! Alors, chacun à notre tour, faisons preuve d'un peu de modestie !

Nombreux sont les médecins qui s'opposent également à l'instauration d'un tel carnet. Le code de déontologie fixe expressément la façon dont le secret peut être partagé en cas de contrôle médical avec les médecins des organismes d'assurance maladie.

En aucun cas, cela ne peut être envisagé de façon systématique et au bon vouloir des caisses de sécurité sociale. Nous nous y opposons pour des raisons d'éthique.

Nous connaissons les dérives observées avec le carnet de santé de l'enfant, bien qu'il soit non officiel et non obligatoire. Il est très souvent demandé avec insistance par les services médicaux scolaires, les assistantes sociales et autres.

La loi, bien que prévoyant des sanctions pour qui aura fait pression aux fins d'obtenir communication du carnet de liaison de l'adulte, ne pourra jamais empêcher une personne de le présenter de sa seule volonté à un employeur ou à une compagnie d'assurances...

M. Michel Péricard, président de la commission. Et alors ?

M. Jean Bardet, rapporteur. On a le droit de partager un secret médical.

M. Claude Bartolone. ... pour se voir consentir un emploi ou un prêt, sa non-présentation pouvant alors être considérée comme un élément défavorable.

Je vous renvoie, mes chers collègues, à un colloque très intéressant sur le secret médical qui s'est déroulé à l'Assemblée nationale. Mme le ministre d'Etat y participait, je crois. Les médecins eux-mêmes se sont inquiétés de dérives éventuelles.

La couverture sociale subordonnée à la production d'une attestation par le médecin de la présentation par le patient du carnet de liaison ajoute encore à la contrainte administrative qui mine déjà le service public.

Qui plus est, cette mesure qui, dès son entrée en vigueur, est destinée en priorité aux personnes âgées de plus soixante-dix ans accroît les difficultés d'accès aux soins de cette catégorie de la population fortement vulnérable et souvent, déjà, empêtrée dans une paperasserie complexe.

Enfin et surtout, cette mesure, et je le regrette, n'aura aucun impact positif en matière de maîtrise des dépenses de santé. Il ne semble pas être dans l'intention du Gouvernement de limiter le nomadisme médical, car le carnet de liaison de l'adulte gardé par le malade et non par le médecin généraliste ne limitera pas l'accès aux diverses spécialités médicales, de même qu'il n'empêchera pas le changement fréquent du généraliste traitant.

Nous demandons que l'on en revienne à une autre notion, à savoir un carnet détenu par le médecin généraliste, qui doit devenir le pivot du dispositif, seul à même de juger et de décider de la nécessité d'une consultation spécialisée ou d'examen complémentaires. Voilà un vrai choix politique et stratégique en matière de santé !

Cette volonté de ne pas choisir, ou plutôt de suivre une certaine pente, je la vois également dans l'annulation de la disposition conventionnelle de l'article 7, imposant aux médecins hospitaliers à plein temps ayant choisi d'être conventionnés de percevoir leurs honoraires par le biais de la caisse de l'hôpital.

Cette totale transparence de l'activité médicale dans les hôpitaux interdisait des pratiques certes très minoritaires mais très contestables qui jetaient la suspicion sur l'ensemble des médecins de l'hôpital public.

Il est à craindre que tout cela pénalise les plus faibles, les plus démunis et conduise à une médecine à deux vitesses faisant la part belle aux assurances privées.

Comment donc ne pas s'inquiéter du devenir de la protection sociale, d'autant plus que des pressions existent, chaque jour un peu plus fortes ? Le CNPF, si modéré au moment de la loi sur l'emploi, si modéré devant les demandes répétées et assez pathétiques du Premier ministre et du Gouvernement lorsqu'il s'agit de créer des emplois, ne vient-il pas de demander haut et fort une baisse de 5 p. 100 des dépenses de sécurité sociale ?

M. Balladur en rajoute lorsqu'il évoque la possibilité de diminuer les cotisations patronales d'assurance maladie afin de doubler d'ici à cinq ans l'effort d'allègement des charges patronales sur les bas salaires, sans aucune contrepartie en matière d'emploi.

Qui comblera ce manque à gagner pour la sécurité sociale ? Et par quel biais ? La CSG sera-t-elle augmentée ou un nouvel impôt sera-t-il levé ?

Par ailleurs, pouvez-vous nous indiquer, Madame le ministre d'Etat, si vous entendez prochainement organiser les élections aux unions professionnelles et selon quelles modalités ?

J'en arrive maintenant à deux mesures essentielles du projet de loi : la lutte contre la tuberculose et la prise en charge de la couverture sociale des détenus.

Sur le principe, ces dispositions vont dans le bon sens et répondent à un souci que les ministres précédents n'avaient pas manqué de souligner, concernant notamment la protection sociale et sanitaire des détenus. Des orientations avaient été annoncées par Bernard Kouchner, René Teulade et Michel Vauzelle à la suite du rapport du Haut comité de la santé publique remis en janvier 1993.

Avant d'aller plus loin, je tiens une fois encore à m'élever avec force, même si, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, vous avez dit ce qu'il fallait à ce sujet, contre deux amendements honteux et irraisonnés du Sénat visant, l'un, à rendre obligatoire le dépistage du sida chez les personnes atteintes de tuberculose, l'autre à rendre obligatoire la proposition du test pour les personnes incarcérées.

Les associations de lutte contre le sida l'ont dit et redit, vous l'avez affirmé, monsieur le ministre, nous l'avons tonné : le dépistage obligatoire est dangereux car il encourage l'exclusion à l'encontre des personnes atteintes par le virus.

Le dépistage obligatoire est inefficace. Il produirait des effets inverses à ceux recherchés. Il encouragerait ceux qui ne se sentent pas en mesure d'apprendre une éventuelle séropositivité à fuir toute situation les contraignant à effectuer ce test.

La relation thérapeutique repose sur la confiance, jamais sur la contrainte.

Le dépistage obligatoire est absurde : il ne tient pas compte du délai de séroconversion, de l'ordre de trois mois, de sorte qu'un test négatif peut masquer une conversion en cours.

Une fois de plus, il faut souligner et souligner encore que seule une politique d'incitation systématique au dépistage volontaire est efficace en termes de santé individuelle et de santé publique.

Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, il faut très rapidement qu'un débat sur le sida ait lieu dans notre assemblée – et vous vous êtes engagés à l'organiser – pour ne plus suivre les conséquences de cette épidémie, mais essayer de l'enrayer par des mesures acceptées de tous.

Le rapport du professeur Luc Montagnier devrait être rendu public le 1^{er} décembre prochain. Je vous demande donc que, dans les jours qui suivront, ce débat soit organisé pour que nous puissions aller encore plus loin dans la lutte contre ce fléau, tout en faisant preuve d'un humanisme toujours plus grand envers les malades.

Amélioration de la vie quotidienne, réduction des risques, incitation à la prévention doivent être l'objet de nos réflexions : nous sommes, je l'espère, tous d'accord avec ces propositions.

J'en reviens maintenant à la lutte contre la tuberculose et à la protection sociale des détenus.

S'il apparaît important que l'organisation administrative de la lutte antituberculeuse soit allégée, que possibilité soit donnée aux dispensaires de délivrer gratuitement des médicaments antituberculeux pour vaincre cette maladie en recrudescence, qui affecte les populations les plus démunies, il n'est pas souhaitable que ces dispensaires assurent les soins et en assument seuls le poids financier.

Cela conduirait à faire supporter aux départements qui ont pour compétence la prophylaxie, la prévention, le dépistage de cette maladie des charges qui ne leur incombent pas.

S'il est tout à fait indispensable d'améliorer l'état sanitaire des personnes incarcérées, il y aurait également lieu de mener une réflexion globale sur les mesures à prendre pour assurer une protection sociale à l'ensemble de la population.

En dépit des avancées considérables intervenues au cours de ces dix dernières années, des catégories de nos concitoyens passent malheureusement encore entre les

mailles du filet. Je pense notamment à certaines veuves civiles, ainsi qu'à certains jeunes de moins de vingt-cinq ans.

Par ailleurs, nous nous félicitons du projet de législation de l'aide forfaitaire en faveur de la vie autonome à domicile des adultes handicapés créée par arrêté du 29 janvier 1993, mais certaines personnes handicapées sont actuellement exclues du bénéfice de cette prestation. Il s'agit notamment des pensionnés d'invalidité dont la pension ne dépasse pas le montant de l'allocation pour adulte handicapé et qui ne perçoivent pas l'AAH différentielle, des travailleurs handicapés percevant une AAH partielle, des bénéficiaires de l'AAH vivant dans un logement indépendant appartenant à leurs parents, à leurs enfants, ou dont ils sont propriétaires. Il conviendrait donc de revoir les conditions d'attribution de l'aide forfaitaire, afin de l'étendre à ces catégories de bénéficiaires.

Tout dernièrement, une information du ministère du budget a précisé par voie de presse que les malades du sida et les séropositifs ne seraient pas concernés par la réforme de l'AAH. C'est, certes, une bonne décision pour les personnes concernées, mais nous réitérons notre demande d'abrogation de cette réforme, qui pénalise injustement certains malades du cancer et tous ceux dont le handicap ferme les portes du travail en milieu ordinaire.

En conclusion, ce projet de loi, élaboré dans une extrême précipitation, sans la moindre concertation, ne répond pas aux objectifs qu'il prétendait se fixer, et ce en dépit d'un autoritarisme appuyé tout au long du texte.

L'objectif de maîtrise de santé ne sera pas atteint du fait de la mise à mal de la restructuration concertée de nos établissements hospitaliers et de la mise en place d'une convention médicale qui constitue un véritable contresens envers la médecine générale, envers la protection sociale, envers la politique économique, envers la démocratie, selon les termes d'un quotidien.

L'objectif de santé publique ne sera pas atteint avec l'adoption de mesures allant à l'encontre de l'intérêt individuel et collectif et en raison de l'insuffisance des moyens financiers consentis.

L'objectif de protection sociale ne sera pas atteint dans la mesure où le problème n'est pas pris en compte dans sa globalité, et où le Gouvernement se contente d'une politique des petits pas.

La copie est donc insatisfaisante. Elle pourrait être revue dans le cadre du projet de loi quinquennale qui nous est annoncé et auquel, monsieur le ministre de la santé, vous avez souvent renvoyé les membres du Sénat. J'invite donc l'Assemblée à ne pas débattre de ce projet de loi et à attendre la loi quinquennale, donc à voter la question préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Dans les explications de vote sur la question préalable, la parole est à M. Marcel Roques.

M. Marcel Roques. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, j'ai écouté avec beaucoup d'attention les propos de M. Bartelone. A aucun moment, il ne nous a donné une quelconque raison de ne pas délibérer sur ce projet.

Lorsqu'il parle de précipitation, je crois qu'il fait erreur. Il y a effectivement urgence. Le Gouvernement l'a ressentie et c'est la raison pour laquelle il a voulu se préoccuper au plus tôt des problèmes que pose la recrudescence de la tuberculose et de la situation sanitaire dans les prisons.

Il y aura des débats sur tel ou tel sujet, notamment en matière d'hospitalisation, et je suis sûr que le texte sera enrichi, mais il serait dommage de considérer qu'il n'a aucun intérêt avant que l'on en ait discuté.

Le Gouvernement veut réaliser des économies. Lorsque vous avez laissé filer les dépenses de santé, messieurs de l'opposition, l'efficacité n'a pas été améliorée. C'est ce qui nous oblige aujourd'hui à régler les problèmes urgents, notamment ceux que pose la tuberculose. Il y va, je crois, de l'intérêt de notre pays et de nos citoyens. C'est la raison pour laquelle nous sommes totalement opposés à cette question préalable. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Mesdames, messieurs, les deux ministres ont bien dit l'urgence qu'il y a à agir pour la santé publique.

Je centrerai ma brève intervention sur les comptes sociaux.

Monsieur Bartolone, j'ai été étonné par vos propos. Nous savons tous que tout ministre des affaires sociales, lorsqu'il arrive, est confronté au problème des comptes sociaux, depuis presque des générations.

Vos amis et vous-même avez disserté longuement sur les retraites. Vous nous avez même présenté des rapports fort intéressants. Un ministre, Mme Veil, a décidé, avec l'appui du Premier ministre, de prendre les choses en main. Nous avons voté une loi, qui était d'ailleurs très largement conforme au Livre blanc de M. Rocard, et vous vous y êtes opposés.

Aujourd'hui, il s'agit de l'assurance maladie. Dieu sait si nous en avons débattu dans cet hémicycle. On va parler de l'hospitalisation mais je voudrais plutôt insister sur la médecine ambulatoire. Il y a eu en réalité deux projets Teulade. Au printemps 1992, il a proposé un texte de régulation économique, au-delà d'ailleurs de ce que pratiquement tout le monde avait pu imaginer puisque chaque médecin recevait une dotation annuelle, pour les prescriptions comme pour les rémunérations. Tout le monde a refusé un tel système, et M. Teulade a finalement dû retirer son projet de loi au cours de l'été 1992 et en rédiger un second par voie d'amendements qui tendait à une maîtrise médicalisée des dépenses. Rappelez-vous, monsieur Bartolone, nous avons approuvé ce dispositif à la fin de l'année 1992.

Il a fallu ensuite, et ce n'est pas facile, rédiger une convention médicale. Longues discussions, long débat !

Aujourd'hui, nous avons à approuver les dispositions législatives qui figurent dans cette convention médicale, et je suis atterré par ce que vous venez de dire sur le dossier médical. S'il y a bien un élément novateur dans cette convention, c'est précisément celui-ci. Les ministres de la santé ou des affaires sociales successifs nous ont expliqué qu'il fallait replacer le médecin généraliste au cœur du système de santé. Or c'est par ce dispositif qu'on est en train de le faire !

Alors vous avez tout faux, monsieur Bartolone. Vous n'avez pas eu le courage nécessaire, quand vous étiez aux affaires ? Aujourd'hui, vous voulez nous empêcher d'agir. Je peux vous assurer que nous agissons et je vous demande, mes chers collègues, de repousser cette question préalable. *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)*

M. le président. Je constate que le groupe socialiste et le groupe communiste votent pour.

Je mets aux voix la question préalable.

(La question préalable n'est pas adoptée.)

Discussion générale

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Bernard Charles.

M. Bernard Charles. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous avons à analyser un texte très traditionnel pour ceux qui suivent depuis des années les problèmes de protection sociale et les problèmes sanitaires.

C'est en effet un texte disparate, tous les gouvernements quels qu'ils soient ayant cette fâcheuse habitude de traiter les problèmes sanitaires et de santé publique sans méthode globale. Je le regrette.

On règle les problèmes de retraite par décret. On légifère à grande vitesse, sur des sujets fondamentaux, sans concertation, avec des amendements déposés en dernière heure. Je le regrette. Encore heureux qu'un 49-3 n'arrive pas pour donner à l'arrivée un texte complètement différent de celui qu'on a examiné !

M. Jean-Yves Chamard. On n'est plus sous la précédente législature !

M. Bernard Charles. Les cabinets ministériels, en effet, arrivaient avec quantité de textes touchant de près ou de loin les problèmes d'ordre social, et la représentation nationale ne reconnaissait plus le projet initial !

M. Michel Péricard, président de la commission. C'était avant, le 49-3 !

M. Bernard Charles. Je parle en général. Vous me connaissez, monsieur Péricard : je ne suis pas un opposant systématique.

Je vais donc analyser ce texte et essayer, en dépit de son caractère disparate, de faire ressortir cinq points qui me paraissent importants.

Les deux premiers points concernent des mesures de santé publique : la protection sanitaire et sociale des détenus, les mesures pour lutter contre la recrudescence de la tuberculose.

Le ministre délégué a dit qu'il voulait être le ministre de la santé publique. Je l'approuve pleinement et j'appuierai, chaque fois que ce sera nécessaire, sa politique dans ce domaine.

Nous connaissons tous, pour aller visiter le milieu pénitentiaire dans nos communes, la situation sanitaire des détenus. Elle devient de plus en plus préoccupante.

Son amélioration nécessite des réformes structurelles. Elles sont proposées. Elle exigera des moyens financiers.

Pour assurer l'organisation et la prise en charge des soins des détenus, il ne faudra pas que les hôpitaux soient obligés d'en supporter le coût.

Je tiens ici à rendre hommage aux médecins qui travaillent dans le milieu pénitentiaire. On en parle peu. Or il faut savoir que pour 458 francs par mois, ces médecins vacataires effectuent un travail très difficile dans nos villes. Il serait souhaitable que l'on trouve des mesures pour qu'ils deviennent attachés des hôpitaux ou pour qu'ils aient des vacations hospitalières.

Il en va d'ailleurs de même pour les infirmières. A cet égard, j'approuve pleinement ce qui a été dit en commission. Leur reclassement doit être mis en place.

Les mesures pour lutter contre la recrudescence de la tuberculose sont, c'est vrai, nécessaires. Elles montrent que, en matière de santé publique, il faut sans cesse

remettre l'ouvrage sur le métier et que des conditions sociales difficiles font renaître des problèmes que l'on croyait à jamais résolus.

C'est une nécessité de santé publique d'y consacrer des moyens importants. Le dispositif que vous proposez permettra, je pense, de répondre à ces besoins.

Mais je regrette que nos collègues sénateurs aient introduit un débat qui n'avait pas lieu d'être. Vous avez dit, monsieur le ministre délégué, ce qu'il fallait penser du dépistage systématique du sida. Une très grande majorité d'entre nous approuve ces propos.

J'ai regretté aussi les incidents en commission sur ce sujet. Je tiens à saluer la sérénité dont a fait preuve M. Péricard pour garder une dignité au débat. Nous devons traiter ces problèmes en humanistes et en hommes responsables, dans le cadre des travaux de la représentation nationale. C'est pourquoi je me réjouis qu'un débat sur les problèmes du sida soit envisagé.

J vous rappelle, madame le ministre, que nous sommes aussi très demandeurs d'un débat sur la bioéthique. M. Mattei a fait un rapport de grande qualité sur ce sujet. Ayons le courage d'ouvrir ces dossiers !

C'est vrai qu'il est toujours difficile pour un gouvernement, quel qu'il soit, de mettre ces dossiers de société en discussion devant le Parlement. Le Gouvernement et la représentation nationale s'honoreront de traiter de ces sujets. En tout cas, je vous le demande.

J'évoquerai maintenant trois points plus techniques : les mesures intéressant les médicaments et les dispositifs médicaux, la planification hospitalière et l'application de la convention.

Sur ces mesures, d'ailleurs, on sent en arrière-plan, quels que soient les gouvernements en place, les mêmes orientations. Et les députés, quels qu'ils soient, ont toujours à combattre le caractère latent et technocratique de l'administration. Il m'arrive de me croire, à cette tribune, M. Chamard, M. Foucher ou M. Jacquat avant le mois de mars 1993, car ils avaient les mêmes arguments anti-technocratiques.

J'émettrai donc les mêmes critiques que celles qu'émettaient les membres de l'opposition d'alors.

L'Agence du médicament. Les rapporteurs du projet de loi - dont je faisais partie - avaient reproché au précédent gouvernement de bafouer le Parlement. Nous avions souligné que, lorsqu'un texte ne convient pas à l'administration, il n'aboutit pas, même s'il y a accord entre les deux assemblées.

Il faut rendre hommage à Bernard Kouchner et à Pierre Bérégovoy d'avoir eu le courage de faire voter le texte relatif à l'Agence. Du haut de cette tribune, j'avais interpellé le ministre de la santé en lui disant : « Vous dites que, pour contrôler et assurer la qualité de la distribution de produits sanguins, il faut créer une agence. Or, pour le médicament, qui présente aussi des risques considérables, il n'y a pas d'agence. » C'est ainsi que le texte sur l'Agence est venu en discussion et a été voté.

Or nous voyons l'administration revenir à petits pas.

Je partage tout à fait les analyses de M. Fourcade sur l'indépendance de l'Agence, et les membres de votre majorité, madame le ministre, ont tous, en commission, exprimé le même point de vue. Alors, que signifie ce retour à un discours hiérarchique ?

L'Agence est un organisme indépendant. Nous devons tous nous en tenir là. C'est même une mauvaise chose pour le ministre qu'un recours hiérarchique soit systématiquement prévu. Le ministère de la santé ne dispose d'aucune capacité d'expertise scientifique face à l'Agence.

La nomination du directeur est de votre ressort. L'Agence doit être une structure moderne, qui soit l'organisme de référence scientifique et technique d'évaluation. Ou bien l'on croit en elle, ou bien l'on n'y croit pas.

Je me suis rallié à l'amendement qui a été déposé en commission et qui constitue un point d'accord en limitant le recours à de graves problèmes de santé publique. Le recours doit demeurer exceptionnel. Nous devons plutôt réfléchir sur la capacité de notre pays de se montrer performant face aux autres nations. L'Agence européenne du médicament est à Londres. Nous savons très bien que les Anglais et les Allemands sont très « présents » dès qu'il s'agit de préparer les directives européennes. Renforçons donc cette agence. N'essayons pas, lors d'un texte portant diverses dispositions d'ordre social, de limiter son rôle. Au lieu de nous livrer à des procès politiques, renforçons cette agence et donnons-lui les moyens de faire face à sa tâche !

En ce qui concerne les moyens, où en sommes-nous ? Un rapport de l'IGAS a parlé du contrôle des réactifs de laboratoires. J'avais moi-même appelé l'attention de l'Assemblée nationale sur ce point depuis quelques années. Le Laboratoire national de la santé n'a pas les moyens de faire face à ce problème. Mettez-vous en œuvre, au LNS, les moyens nécessaires pour remédier à la carence actuelle dans le contrôle des réactifs de laboratoire ?

Deuxième point qui fait l'objet d'une harmonisation européenne : la publicité sur les médicaments.

Dès que l'on parle du médicament, on ressent un malaise, car le médicament est un produit particulier. Il a un objectif de santé publique, mais c'est aussi un secteur industriel. Dans ce domaine, j'ai toujours été opposé à ces mesures conjoncturelles généralistes qui cachaient l'incapacité de l'administration et des pouvoirs publics à sanctionner les dérives. Les dérives existent encore, les achats de prescriptions aussi. Certains médecins ont des tarifs pour recevoir les visiteurs médicaux. Dans des domaines comme la vaccination contre la grippe, il peut y avoir aussi des dérives. La controverse actuelle entre le groupe régional d'observation de la grippe et les épidémiologistes de l'INSERM est là pour le prouver. Des informations scientifiques peuvent être utilisées à des fins publicitaires.

Le ministère de la santé doit réprimer sévèrement les dépassements. Mais il ne s'agit pas de se donner bonne conscience en créant une taxe sur la publicité. Sans doute permettra-t-elle de récupérer de l'argent, mais tout continuera comme avant. Par contre, les entreprises françaises seront mises en difficulté par rapport à la concurrence internationale.

Il faut une politique structurelle. La commission propose, par amendement, de ramener cette taxe à 7 p. 100 - les 2 p. 100 supplémentaires ayant été institués à l'initiative de l'administration dans un DDOS par vote bloqué. A mon sens, il faudrait supprimer totalement cette taxe.

En revanche, il faudrait mettre en place un processus structurel visant à limiter les pratiques critiquables, créer un mécanisme contractuel de maîtrise des dépenses de médicaments, mettre en place un système négocié d'encaissement des dépenses de promotion et de publicité et s'efforcer de promouvoir un meilleur usage du médicament. Les mesures relatives à la qualification des visiteurs médicaux vont dans ce sens. Cela me conduit, madame le ministre, à vous poser la question : à quand une politique du médicament dans notre pays ?

L'industrie pharmaceutique française est, à première vue, florissante. Mais, quand on regarde les chiffres, on se rend compte que, sur le plan mondial, son classement est décevant et que nous risquons, à terme, de dépendre de l'étranger. L'économie administrée est, dans ce domaine, un échec. Nous avons des prix peu élevés, pour des volumes de consommation très élevés. Des mesures s'imposent quant au rôle du comité des prix. Il faut prévoir une contractualisation et une réévaluation des prix des médicaments anciens, de façon à empêcher l'utilisation systématique des nouveaux produits innovants, ce qui est mauvais en termes de santé publique et en termes économiques.

Il faut une véritable politique, avec des règles claires et durables, qui prennent en compte les intérêts français. Dans ce domaine, les Anglais nous ont montré qu'une politique bien organisée pouvait avoir des résultats positifs sur le plan de la recherche en matière de santé publique, mais aussi sur le plan de leur industrie pharmaceutique.

S'agissant de l'homéopathie, les directives européennes ont été approuvées en 1992. L'homéopathie est une réalité : plusieurs millions de Français y ont recours et l'industrie homéopathique française occupe une position de leader dans le monde. Il convenait de prendre en compte la spécificité de ces médicaments en introduisant des autorisations administratives, l'enregistrement et l'autorisation de mise sur le marché. Tout cela correspond aux deux catégories de médicaments homéopathiques actuellement mis sur le marché en France. Cela constitue une garantie pour la santé publique et une nécessité pour l'industrie pharmaceutique française. Au plan français, aucune disposition réglementaire ne permettait, à ce jour, la possibilité de mettre sur le marché de nouveaux médicaments ; au plan européen, elle favorisera son développement international.

Autre point lié aux médicaments : le problème des dispositifs médicaux. Là aussi, soyons vigilants ! La France doit être beaucoup plus présente dans la préparation des directives. Ceux qui suivent ces dossiers se rendent compte que les Anglais et les Allemands sont souvent en avance sur nous.

M. Jean-Pierre Foucher. C'est vrai !

M. Bernard Charles. Il faut des moyens, car, à terme, c'est notre indépendance et toute notre capacité technique et scientifique qui risquent de se trouver affaiblies.

La prise en compte des directives européennes, c'est bien. Mais j'appelle votre attention, madame le ministre d'Etat, sur la qualité des dispositifs médicaux.

En effet, les dispositifs médicaux évoluent. Certains industriels veulent diminuer, voire supprimer, l'évaluation scientifique et technique. Après l'Agence du médicament, après l'Agence du sang, après l'établissement public pour la transplantation, nous devons réfléchir à la mise en place d'une structure compétente et indépendante capable d'évaluer scientifiquement le matériel biomédical ou les dispositifs médicaux, soit en créant une agence propre, soit en l'associant à l'Agence du médicament. La matériovigilance est une nécessité de santé publique. L'expérimentation de ces produits contient, en germe, des risques graves pour la santé publique, et je me réjouis que Jean-François Mattei ait confirmé dans son rapport que l'expérimentation et les essais sur l'homme des dispositifs médicaux devaient s'effectuer dans le cadre de la loi Huriet-Sérusclat.

C'est une bonne chose. D'ailleurs, mon collègue Jean-Pierre Foucher et moi-même - vous voyez que l'on peut travailler ensemble dans cette assemblée sans être forcément du même bord -, vous proposerons des amendements visant à améliorer la qualité et l'éthique.

J'en terminerai, sur le chapitre du médicament, par l'exercice de la pharmacie. Je ne puis que me réjouir que, à l'initiative de M. Dailly, le Sénat ait réintroduit des dispositions sur l'exercice de la pharmacie. Nous avons étudié de telles dispositions en avril 1991. J'étais alors rapporteur. Mais un hasard malheureux voulait, au cours de la précédente législature, que les projets de loi relatifs à la pharmacie dont j'étais le rapporteur n'étaient jamais inscrits à l'ordre du jour ! Aussi suis-je heureux que ces textes viennent aujourd'hui en discussion.

Dans l'ensemble, notre législation relative à l'officine de pharmacie répond aux besoins de la santé publique. Les Français sont attachés au système de délivrance du médicament et de conseil qu'ils trouvent à proximité de leur domicile auprès du pharmacien. Toutefois, il leur apparaît souhaitable d'apporter quelques modifications aux règles en vigueur, à la fois pour améliorer encore le service rendu à la population et pour faciliter l'adaptation de ce réseau aux contraintes économiques.

Il convient en effet d'éviter la création d'officines qui ne seraient pas nécessaires et qui risqueraient de compromettre l'équilibre économique des pharmacies voisines. Le système français des quotas légaux pour l'installation des officines pharmaceutiques présente l'intérêt, par rapport aux systèmes libéraux, de permettre une desserte harmonieuse de l'ensemble du territoire. Pour autant, il ne doit pas avoir d'effets pervers, c'est-à-dire entraîner une surévaluation du prix des officines. Or rien n'est prévu dans ce texte pour atténuer cette dérive.

Le problème du portage des médicaments au chevet des malades, qui est à prendre en considération si l'on veut développer l'hospitalisation à domicile, devrait être étudié, mais en prévoyant un dispositif strict, de façon à éviter les abus.

Le deuxième point, que j'aborderai plus rapidement, concerne les mesures relatives à la planification hospitalière. Comme sur le problème du médicament, les relents technocratiques sont évidents.

Avant de vous faire part de mon sentiment sur cette planification, je tiens à vous rappeler, madame le ministre, le problème des départements en matière d'action sociale.

Les budgets d'action sociale de nos départements explosent. En 1993, l'augmentation a été de 21 p. 100 dans le Lot. Les récentes mesures - augmentation du forfait hospitalier, diminution des remboursements - ont renforcé cette dérive, comme le montrent les derniers chiffres relevés par les conseils généraux.

Quel est votre sentiment à ce sujet ? Quelles mesures comptez-vous prendre ? Où en est l'allocation dépendance, avec la péréquation nationale que nous souhaitons ? Il faut légiférer rapidement dans ce domaine, faute de quoi nous aurons une action sociale à deux vitesses. Les départements ruraux, où la moyenne d'âge est souvent plus élevée que dans les autres départements et qui disposent de ressources plus faibles, ne pourront plus faire face à leurs besoins.

La planification hospitalière est nécessaire. Les schémas régionaux sont nécessaires. Les SHROSS sont en cours. Et le redéploiement doit se faire. Mais, de grâce, cessons de mettre en accusation les élus sur ce sujet ! Nous sommes des gens responsables. On a coutume de dire que, si les déparages existent en milieu hospitalier, c'est la

faute des élus, qui regardent le court terme, qui sont des inconscients et qui sacrifient les dépenses sociales. Nous sommes parfaitement capables - et nous le faisons déjà au sein des conseils généraux ou dans nos villes - de réfléchir à un schéma régional. Mais notre crainte est de tomber dans le travers administratif. Il importe de respecter l'aménagement du territoire et d'avoir une organisation en réseau. Il faut éviter de procéder d'une manière centralisatrice, jacobine et tristement technocratique.

On parle de ce redéploiement depuis de nombreuses années. Mais il s'est fait souvent à sens unique : vers le CHU. L'hospitalo-centrisme, nous en avons assez ! Les SHROSS doivent faire l'objet de plus de concertation. L'absence d'évaluation explique les équipements coûteux et inadaptés. Mais ce n'est pas avec la mise en place dans les régions de « proconsuls » sanitaires que l'on réglera le problème. L'assistance publique de Paris est une belle dame. Elle a des atours, mais elle a aussi des défauts et des lourdeurs. Nous n'accepterons pas semblable organisation dans nos départements.

Le monde hospitalier va connaître une année difficile. Le taux directeur est rude. L'investissement est bloqué. Il faut donc élaborer une véritable politique hospitalière publique et privée, dans la concertation la plus complète. Il ne faut pas que l'hospitalo-centrisme continue. Le système des redéploiements et des budgets globaux a favorisé cette tendance au détriment des hôpitaux généraux et des hôpitaux ruraux, car, ainsi que je l'ai dit, le redéploiement se fait toujours dans le même sens.

Il faut également être prudent en ce qui concerne les lits qui ne sont pas utilisés. Il est exact que bien des services travaillent à 60 p. 100 de remplissage, souvent d'ailleurs dans les CHU. Mais, s'il y a une différence entre le nombre de lits théorique et le nombre de lits réel, c'est souvent parce que les hôpitaux manquent de personnel.

M. Jean-Claude Lefort et Mme Muguette Jacquaint. Voilà !

M. Bernard Charles. Les chefs de service sont ainsi conduits à supprimer quatre ou cinq lits de façon que le personnel puisse faire face aux tâches quotidiennes.

Mme Muguette Jacquaint. Tout à fait !

M. le président. Il faudrait terminer, mon cher collègue !

M. Bernard Charles. Pour terminer, j'aborderai brièvement le problème du dossier médical et des références médicales, pivot de cette convention.

L'orientation, c'est vrai, est bonne.

M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

M. Bernard Charles. Elle va dans le sens d'une meilleure maîtrise médicalisée des dépenses de santé et d'une responsabilisation des acteurs du monde de la santé.

Mais les textes proposés sont insuffisants. Leur mise en place semble longue, eu égard aux promesses que nous avons entendues, et l'on peut à juste titre avoir des craintes réelles en ce qui concerne le secret médical. Les difficultés pour gérer le dossier médical et le dossier reflet du malade sont évidents. Pour ma part, je crois qu'il faut affirmer le rôle essentiel du médecin généraliste. Le dossier médical le plus réaliste est celui qu'il détient et il est nécessaire de mettre enfin en place en France une véritable politique d'évaluation ; nous avons beaucoup d'efforts à faire à cet égard.

Les gouvernements ont dépensé de l'argent en ce domaine pour des rapports assez philosophiques, il faut en arriver à des choses plus concrètes.

Voilà, madame le ministre d'Etat, mon sentiment sur ce texte. J'espère que les amendements nous permettront d'avancer. (*Applaudissements sur divers bancs.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Foucher.

M. Jean-Pierre Foucher. Je salue avec l'ensemble de mes collègues du groupe UDF votre décision, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, de présenter au Parlement un projet de loi relatif à la politique de santé publique, que le Sénat a déjà eu le loisir d'examiner. Un tel texte était fort attendu, car les dernières mesures prises en la matière se sont révélées ponctuelles, disséminées et manquant souvent de cohérence. La protection sociale, et notamment le secteur de la santé, constitue un domaine de préoccupation majeur pour l'ensemble de nos concitoyens, tout particulièrement à un moment où les conditions économiques créent des inquiétudes quant à l'avenir de notre système de soins.

Le texte présenté contient un grand nombre de mesures, abordant divers domaines, dont certaines revêtent une importance majeure et étaient attendues depuis longtemps. Je pense à la régulation médicalisée des dépenses de santé, qui constitue un problème crucial soulevé à de nombreuses reprises, mais qui n'apparaît pas dans les textes de loi et n'est pas vraiment appliquée.

Votre projet amorce la mise en œuvre d'une véritable politique sanitaire et sociale en prévoyant des mesures de lutte efficace contre les fléaux que sont le tabagisme et la tuberculose, laquelle revient en force depuis 1989, en proposant des mesures d'amélioration des conditions sanitaires de détention, ou encore en traitant des transplantations d'organes. En ce qui concerne la tuberculose, il me semblerait très utile d'associer de très près les pharmacies, au nombre de 23 400 sur l'ensemble du territoire, aux dispensaires, qui sont en nombre limité et dont le rôle devrait être réactivé. La lutte contre la recrudescence de cette maladie, dont le fantôme hante encore les mémoires, nécessite un réseau étroitement maillé et réparti sur l'ensemble du territoire. Sans cela, la lutte risque d'être vaine. Or je rappelle qu'en 1992 près de 8 800 cas ont été déclarés, et que l'épidémie concerne une population surtout urbaine et jeune, souvent marginalisée. C'est à cette population que doit en priorité être destinée une politique spécifique de santé publique, par des mesures de réactivation non seulement des dispensaires mais de tous les acteurs médicaux, et par une gratuité des soins élargie.

L'état de nos prisons, pour ce qui est de la santé, est dramatique. Ainsi que l'ont démontré divers rapports rédigés récemment, comme le rapport Nicolas-Chodorge du Haut comité de la santé publique, l'administration pénitentiaire, qui assure traditionnellement la prise en charge sanitaire des détenus, ne peut plus faire face aux enjeux actuels de la santé de la population carcérale. Celle-ci compte plus de 50 000 détenus et a augmenté de 70 p. 100 en quinze ans. On sait aujourd'hui que 15 p. 100 des détenus sont toxicomanes, que 30 p. 100 consomment des quantités excessives d'alcool et que 80 p. 100 sont atteints par le tabagisme. En outre, environ 2 500 détenus sont déclarés séropositifs. Il était donc temps de prendre des mesures préventives spécifiques devant la grande vulnérabilité des personnes incarcérées et l'inadéquation des moyens dont dispose le personnel médical et paramédical pour remédier à cet état de fait. Nous pouvons nous réjouir de la prise en charge sanitaire des détenus.

Jusqu'à présent, ces derniers ne bénéficient pas pour eux-mêmes des prestations des organismes de sécurité sociale, seuls leurs ayants droit étant couverts. En ce qui concerne le dépistage obligatoire du virus de l'immuno-déficience humaine, introduit dans ce texte par nos collègues sénateurs pour les détenus atteints de tuberculose, il nous paraît que cette mesure est incompatible avec la liberté de prescription des médecins et méconnaît le principe du consentement éclairé du malade.

Les dépenses médicales en milieu carcéral s'élèvent à 300 millions de francs par an et croissent à un rythme annuel de 10 p. 100. Il faut donc prévoir d'ores et déjà les crédits nécessaires à la mise en œuvre et à la continuation de la politique de santé carcérale que vous proposez.

Au cœur de votre projet de loi, madame le ministre d'Etat, apparaît la régulation médicalisée des dépenses de santé. J'ai rappelé précédemment à quel point le groupe UDF y est attaché. En ce domaine, le constat est connu. Il est patent qu'il faut de toute urgence remédier à la situation. Les perspectives pour l'établissement des comptes des années 1993 et 1994 sont extrêmement préoccupantes. La consommation médicale, avec une moyenne de 10 600 francs par habitant, est très inégalement répartie, car 10 p. 100 de la population sont à l'origine de 90 p. 100 de la dépense. Cette dernière est inflationniste puisqu'elle croît plus vite que le PIB. Cette situation ne serait pas si préoccupante si elle correspondait à un état sanitaire particulièrement bon, ce qui n'est malheureusement pas le cas, notamment en raison du déséquilibre entre part des dépenses et part de la population que je viens de citer.

Certes, des mesures s'imposaient depuis longtemps et elles n'ont manifestement pas été décidées par les gouvernements précédents. Il faut reconnaître que la médecine est un domaine très particulier où il n'est pas possible d'intervenir de manière arithmétique et comptable, comme certains l'auraient souhaité. La régulation médicalisée ne peut en effet prendre naissance et se développer que si l'on tient compte des aléas divers, de la personne humaine et de sa sensibilité, de la responsabilisation nécessaire de tous les acteurs - prescripteurs, assurés et caisses d'assurance maladie - et enfin du principe du libre choix du médecin par le malade. Toutes ces conditions semblent réunies par les mesures que vous proposez, qui vont dans le bon sens. La chose est compliquée, mais l'avenir de notre système de soins dépendra de la mise en œuvre de telles dispositions.

Je profite de l'occasion pour aborder le problème du dossier médical. Celui-ci doit être un instrument de modération de la consommation médicale et non pas une mesure de contrainte. Cela veut dire que le principe du libre choix de son médecin par le malade ne doit pas être entamé et que le secret médical complet doit pouvoir être respecté. Le législateur n'a pas pour rôle de s'immiscer au sein du colloque singulier qui s'instaure toujours entre le médecin et son patient. Il lui revient donc de créer les conditions de la maîtrise des dépenses tout en respectant la liberté relationnelle entre soignant et soigné.

Je me dois d'insister sur un point important : puisqu'il y a eu accord au fond avec la majorité des médecins sur la mise en œuvre de la régulation médicalisée des dépenses de santé, prenons garde à ne pas gâcher cette chance et à conserver le principe de concertation. Ce n'est que bien comprise par tous et établie en accord avec les partenaires que la véritable maîtrise des dépenses de santé pourra prendre corps. Chacun est attaché à notre système de soins tel que nous le vivons depuis quelques

dizaines d'années. Il faut donc veiller à ne pas provoquer de rupture entre les différents partenaires afin de lui conserver sa force et son équilibre.

Je souhaite maintenant aborder le problème de l'hôpital, qui représente 48 p. 100 des dépenses de santé. Votre projet renforce sensiblement les moyens de la planification hospitalière. L'hôpital doit en effet participer à l'évolution envisagée.

Toutefois, il faut prendre garde à ne pas imposer aux milieux hospitaliers des mesures trop autoritaires qui iraient en fait à l'encontre du but visé. C'est le sens des amendements que nous avons déposés aux articles 19, 20 et 21. Ceux-ci nous ont quelque peu laissés perplexes, notamment en ce qui concerne la suppression de l'autorisation tacite pour les nouvelles demandes d'autorisation de création, d'extension, de conversion ou de transformation des établissements. Nous avons parfaitement conscience que les dispositions à prendre sont difficiles, mais l'objectif premier, que l'on ne doit pas perdre de vue, est la sauvegarde de notre système de soins, auquel nous sommes très attachés.

Monsieur le ministre délégué, vous avez récemment annoncé la création d'un concours national des infirmiers généraux, répondant ainsi aux préoccupations de ces personnels. A cet égard, il est nécessaire que les infirmiers généraux soient inclus dans les personnels dont la gestion s'effectuera au niveau national. Je souhaiterais que vous puissiez nous confirmer que tel sera le cas.

J'aimerais souligner rapidement quelques points précis de votre projet de loi.

On peut se féliciter de l'introduction en droit français des directives européennes mais, si vous me le permettez, je regrette tout de même une certaine lenteur dans l'assimilation, alors que la santé est un domaine qui connaît peu de frontières. Je souhaiterais que vous puissiez nous préciser un certain nombre de points, et c'est d'ailleurs le sens des amendements que j'ai déposés avec mes collègues du groupe UDF sur le médicament et l'exercice de la profession de pharmacien. Il nous a paru utile d'apporter des modifications sur la publicité pour les médicaments, le statut des visiteurs médicaux, qui sont tout particulièrement préoccupés par les dispositions du projet de loi, le portage des médicaments ou l'harmonisation des termes appliqués aux dispositifs médicaux. Ce projet est l'occasion de compléter et d'adapter si nécessaire le statut de la pharmacie, afin de préciser les conditions requises de nationalité, de diplômes et de contrôle.

Peu de mesures concernent les personnes handicapées, et c'est dommage : il y a tant à faire, comme cela a été largement souligné lors des débats sur le budget des affaires sociales. Nous nous réjouissons cependant de la légalisation de la prestation créée par arrêté en janvier 1993 pour aider les handicapés vivant dans un logement autonome. Au cours d'interventions précédentes, j'ai déjà dit combien cette autonomie maximale des personnes handicapées doit être respectée. Elle est corrélative à leur insertion dans notre société, et toute mesure qui va dans ce sens recueille donc notre assentiment.

Enfin, je regrette que ce projet ne traite pas de grands problèmes sanitaires et sociaux déjà maintes fois évoqués.

Tout d'abord, de la question de la dépendance des personnes âgées, problème crucial s'il en est et que toutes les études récentes de population mettent en exergue. Nous souhaitons vivement que vous preniez des engagements précis à ce sujet, madame le ministre d'Etat, avant qu'il ne soit trop tard et qu'un point de rupture n'apparaisse dans la société.

En ce qui concerne la politique générale de prévention du sida, nous sommes sensibles à l'engagement que vous avez pris ce matin de proposer un débat sur ce sujet. Je souhaite pour ma part, et je pense refléter l'opinion de l'ensemble de mes collègues, que ce débat soit marqué par la qualité des réflexions et des propos tenus, par la rigueur scientifique attachée au traitement du phénomène, par la modération des propositions et le calme que réclame l'examen d'un tel sujet.

La politique de prévention, et je m'adresse à vous en particulier, monsieur le ministre, n'est que peu abordée. En ce domaine, il est nécessaire d'avancer plus vite et de manière plus résolue. En effet, il semble que, depuis quelques années, les fléaux se multiplient et s'aggravent : sida, toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, tuberculose, d'autres encore. La prévention est intimement liée à la régulation des dépenses de santé et si, sur l'instant, son coût est élevé, elle se révèle être une économie à long terme. La maîtrise des dépenses de santé ne peut se faire année par année. Cela ne sert à rien et ne fait que reculer l'instant où des dispositions plus dures seront à prendre. Aussi est-ce maintenant qu'il faut mettre en œuvre une véritable prévention dans divers domaines pour résoudre demain plus aisément les difficultés.

Enfin, je rappellerai le problème de l'aléa thérapeutique, pour lequel nous attendons également un projet de loi dans de brefs délais. Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire, l'UDF est très attachée à cette affaire et attend résolument vos propositions.

L'examen des articles nous donnera l'occasion de nous exprimer plus précisément sur certains points du projet qui méritent d'être modifiés ou complétés. Ces considéra-

tions étant faites, et compte tenu de l'écoute que nous sommes sûrs de recueillir de votre part, le groupe UDF votera votre projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR

M. le président. Cet après-midi, à quinze heures, deuxième séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, n° 655, relatif à la santé publique et la protection sociale.

M. Jean Bardet, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (rapport n° 755).

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Suite de l'ordre du jour de la deuxième séance.

La séance est levée.

(*La séance est levée à douze heures cinquante-cinq.*)

*Le Directeur du service du compte rendu sténographique
de l'Assemblée nationale,
JEAN PINCHOT*